



FM UP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

JOSÉ ANTONIO CORDERO DA SILVA

**AUTONOMIA *VERSUS* PATERNALISMO MÉDICO:
Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia
Experimental do Curso de Medicina da UEPA**

**PORTO
2013**

JOSÉ ANTONIO CORDERO DA SILVA

**AUTONOMIA *VERSUS* PATERNALISMO MÉDICO:
Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia
Experimental do Curso de Medicina da UEPA**

Tese de doutoramento em Bioética,
submetida à Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto/Portugal.

Orientador: Professora Doutora Stella
Barbas.

Co-orientador: Professor Doutor Marcus
Vinicius Henriques Brito.

**Porto
2013**

JOSÉ ANTONIO CORDERO DA SILVA

**AUTONOMIA *VERSUS* PATERNALISMO MÉDICO:
Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia
Experimental do Curso de Medicina da UEPA**

Tese de doutoramento em Bioética, submetida à Faculdade de Medicina da Universidade do
Porto/Portugal.

DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO:

Orientador: Professora Doutora Stella Barbas

Co-orientador: Professor Doutor Marcus Vinicius Henriques Brito

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Stella Barbas, pelas orientações e competências no ensino da Bioética Luso-Brasileira.

Ao professor Doutor Marcus Vinicius Henriques Brito, pelo apoio, incentivo e orientações realizadas no desenvolvimento desta tese e pela amizade de longa data.

Ao Professor Rui Nunes, pelo idealismo, competência acadêmica e visão do futuro de uma bioética lusófona.

Ao Dr. Edson de Oliveira Andrade, Presidente do Conselho Federal de Medicina (1998-2008).

Aos Professores Doutores Edvard José de Araújo e José Humberto Belmino Chaves, pelo excelente trabalho na coordenação do curso.

Ao Dr. Roberto D'Ávila, pelo desenvolvimento dos estudos em bioética no Brasil.

Ao Professor Doutor Genário Barbosa, incentivador do doutorado em Bioética no Brasil.

Ao Conselho Federal de Medicina, pela coragem e pioneirismo em implantar um curso de doutoramento em Bioética, conjuntamente com a Universidade do Porto.

Aos meus pais, José Maria (*In memoriam*) e Inês Consuelo, poucas palavras - o ensinamento da vida e do ser médico.

Aos meus filhos, Fernanda, Fernando José, Layla e Soraya, pelo amor e por terem permitido sempre dizer como adoro ser pai.

À Marcia Bitar Portella, companheira e incentivadora.

Aos amigos e egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará, pelo aprendizado e o compromisso com o ensino médico no Pará.

Aos alunos Renan Kleber Costa Teixeira, Antônio Jorge de Oliveira, Rafael Aquino Leal e Nathalya Botelho Brito e Renyer Goncalves, pelo companheirismo e na construção de um sonho transformador do ensino da Bioética na Universidade do Estado do Pará.

Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se. E que companhia nem sempre significa segurança ...

...Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser. Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que se quer ser, e que o tempo é curto. Aprende que não importa aonde já chegou, mas para onde está indo...

William Shakespeare

RESUMO

A ética principialista é formada por quatro princípios básicos e de igual valor, sendo estes a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A medicina, desde sua era hipocrática aprendeu a supervalorizar a beneficência e a não maleficência, não completando em igual valor a autonomia do paciente, deixando que a opinião sobre o estado de saúde do paciente seja apenas de responsabilidade e opinião do médico. Atualmente, em diversos países estrangeiros essa realidade mudou radicalmente, onde os médicos, conjuntamente com os pacientes, discutem sobre a melhor opção de tratamento. Contudo, no Brasil, a população visualiza o médico como um ser superior dotado de senso crítico incomparável e que sempre busca o melhor do paciente, devendo a opinião deste sempre ser respeitada, mesmo que o paciente seja desrespeitado. Assim, este trabalho objetiva verificar se o egresso do curso de Medicina, ex-estagiários do Laboratório de Cirurgia Experimental, apresenta um perfil que preze mais pela autonomia ou beneficência dos seus pacientes. Pesquisa transversal e prospectiva, aprovada no Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará foi encaminhada aos 138 médicos egressos do curso de Medicina da UEPA, que foram estagiários do Laboratório de Cirurgia Experimental. Foi avaliado se estes apresentam um perfil que preza mais pela autonomia ou beneficência dos seus pacientes. Para tal, foi utilizado um protocolo de pesquisa formado por oito partes, contendo identificação, formação acadêmica, questionamentos sobre a relação médico-paciente, perfil do médico, estágio no LCE/UEPA, opinião do pesquisado sobre ocultar informações do paciente e significado de autonomia e paternalismo, questionário comportamental e quatro casos vinhetas. Da amostra total, 50 (36,23%) responderam completamente o questionário proposto. Destes, 28 (56%) são homens e 22 (44%) são mulheres; a média de idade foi de 28,5 anos; 24 (48%) apresentam entre 6 a 10 anos de formado; 34 (68%) têm especialização e apenas dois (4%) realizaram pós-graduação *stricto-sensu*. Em relação aos princípios bioéticos, a não maleficência foi identificada como de maior importância e de maior relevância. Contudo, a beneficência foi apontada como de maior aplicabilidade, tendo a justiça um relativo descaso em relação aos demais princípios. Nos quatro casos vinhetas, as respostas dadas apresentaram um perfil paternalista, à exceção do terceiro caso. Na análise apresentada percebe-se que, no geral, os pesquisados apresentaram um perfil mais paternalista na situação vivenciada, mostrando que estes em várias situações primam pela recuperação imediata do estado de saúde do paciente sem se importar com a opinião destes. No que tange à parte do questionário utilizada para determinar o perfil dos pesquisados, estes apresentaram um perfil paternalista; apenas cinco pesquisados (10%) apresentaram um escore que demonstrou que estes respeitavam mais a autonomia dos pacientes. Ao sintetizar todos os dados analisados por este estudo, percebe-se que os egressos do LCE/UEPA apresentam um perfil paternalista. Tal resultado encontrado foi mais uma vez ratificado por meio dos casos vinhetas empregados onde mais da metade dos pesquisados realizariam condutas paternalistas com os pacientes idealizados, colocando de lado os desejos do paciente em relação ao seu estado de saúde.

Palavras-Chave: Relação Médico-Paciente. Ética e Bioética. Autonomia. Paternalismo.

ABSTRACT

The ethics principlist is formed by four basic principles of equal value, which are autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Medicine, since it was his Hippocratic learned to overvalue beneficence and nonmaleficence, not equal value in supplementing the patient's autonomy, allowing the review of the health status of the patient is only opinion and responsibility of the physician. Currently in several foreign countries that reality changed radically, where doctors jointly discuss with patients the best treatment option, however in Brazil, the population views the physician as a superior being endowed with sense and incomparable critic who always seeks the best patient, this opinion should always be respected, even if the patient is disregarded. Thus, this study aims to verify whether the graduates of medical school ex-trainees of the Laboratory of Experimental Surgery presents a profile that most self-respecting autonomy and beneficence of their patients. Search and cross prospective, approved in committee on ethics at the University of the State of Para. Were sent to 138 medical students who graduated from medicine UEPA, who were interns Laboratory of Experimental Surgery. We assessed whether they have a profile that values more the autonomy or beneficence of their patients. For this we used a research protocol consists of eight parts, containing identification, academic, questions about the doctor-patient relationship, the physician's profile, the stage at LCE / UEPA, researched opinion on the hide patient information and meaning autonomy and paternalism, behavioral questionnaire and four cases vignettes. Of the total sample, 50 (36.23%) answered the questionnaire completely proposed. Of these 28 (56%) were male and 22 (44%) were women, the mean age was 28.5 years, 24 (48%) had between 6 and 10 years after graduation, 34 (68%) and has expertise Only two (4%) underwent post-graduate-sense. Regarding biotic principles, not malfeasance was identified as the most important and most relevant, however beneficence was considered the more applicable, with a relative neglect justice in relation to other principles. In four cases the responses vignettes showed a profile paternalistic, except the third case, however, the analysis examined realizes that in general those surveyed had a profile more paternalistic in the situation experienced, showing that in many situations the immediate recovery of the press health status of the patient regardless of their opinion. Regarding the part of the questionnaire used to determine the profile of respondents, they showed a profile paternalistic, yet only five respondents (10%) had a score that showed that these more respected the autonomy of patients. By synthesizing all data analyzed in this study, one notices that the graduates of LCE /UEPA have a profile patronizing. This result was found again rectified through case vignettes employees where more than half of those surveyed would perform paternalistic behaviors with patients idealized setting aside the wishes of the patient regarding their health status.

Keywords: Doctor-Patient Relationship, Ethics and Bioethics, Autonomy, Paternalism.

RESUMEN

La ética principialista está formado por cuatro principios básicos de igual valor, que son la autonomía, la beneficencia, la no maldad y la justicia. Medicina, ya que era su hipocrático aprendido a sobrevalorar la beneficencia y no maleficencia, no el mismo valor para complementar la autonomía del paciente, lo que permite la revisión del estado de salud del paciente es sólo opinión y responsabilidad del médico. Actualmente en varios países extranjeros que la realidad cambió radicalmente, donde los médicos conjuntamente discutir con los pacientes la mejor opción de tratamiento, sin embargo, en Brasil, la población ve al médico como un ser superior dotado de sentido crítico y la incomparable que siempre busca lo mejor paciente, esta opinión se debe respetar siempre, incluso si el paciente se descarta. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo verificar si los egresados de la escuela de medicina ex-alumnos del Laboratorio de Cirugía Experimental presenta un perfil que más se respete la autonomía y la beneficencia de sus pacientes. Busca y cruzar prospectivo, aprobado en la comisión de ética de la Universidad del Estado de Pará. Se envió a 138 estudiantes que se graduaron de médicos medicina UEPA, que eran pasantes Laboratorio de Cirugía Experimental. Se evaluó si tienen un perfil que valora más la autonomía o la beneficencia de sus pacientes. Para ello se utilizó un protocolo de investigación consta de ocho partes, que contiene la identificación, académico, las preguntas sobre la relación médico-paciente, el perfil del médico, la etapa en la LCE / UEPA, opinión investigado sobre la información del paciente piel y significado autonomía y paternalismo, cuestionario de comportamiento y cuatro viñetas de casos. De la muestra total, 50 (36,23%) respondieron el cuestionario propuesto por completo. De ellos 28 (56%) eran hombres y 22 (44%) eran mujeres, la edad media fue de 28,5 años, 24 (48%) tenían entre 6 y 10 años después de su graduación, 34 (68%) y tiene una experiencia Sólo dos (4%) fueron sometidos a post-graduados de sentido. En cuanto a los principios bióticos, no mala conducta fue identificado como el más importante y más relevante, sin embargo beneficencia fue considerado como el más aplicable, con una justicia relativa negligencia en relación con otros principios. En cuatro casos las viñetas respuestas mostraron un perfil paternalista, excepto el tercer caso, sin embargo, el análisis examinó da cuenta de que, en general, los encuestados tenían un perfil más paternalista en la situación vivida, que muestra que en muchas situaciones la recuperación inmediata de la prensa estado de salud del paciente, independientemente de su opinión. En cuanto a la parte del cuestionario utilizado para determinar el perfil de los encuestados, mostraron un perfil paternalista, sin embargo, sólo cinco encuestados (10%) tenían una puntuación que mostraron que estos más respetado la autonomía de los pacientes. Al sintetizar todos los datos analizados en este estudio, se observa que los egresados de LCE / UEPA tiene un perfil condescendiente. Este resultado se encontró otra vez rectificada a través de viñetas empleados donde más de la mitad de los encuestados que realizan conductas paternalistas con los pacientes idealizados dejando a un lado los deseos de la paciente con respecto a su estado de salud.

Palabras-chave: Relación Médico-Paciente, Ética y Bioética, Autonomía, Paternalismo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos entrevistados de acordo com sexo. Belém, PA/Brasil. 2012	75
Figura 2 – Estado Civil dos sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012	76
Figura 3 – Maior titulação dos sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012	77
Figura 4 – Principal local de trabalhos dos pesquisados. Belém, PA/Brasil. 2012	79
Figura 5 – Orientação dos entrevistados em relação à prática clínica. Belém, PA/Brasil 2012	80
Figura 6 – Aspecto de maior preponderância na formação na graduação, de acordo com os sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012	81
Figura 7 – Área de responsabilidade de melhor preparo pela universidade. Belém, PA/Brasil. 2012	83
Figura 8 – Média da avaliação do estágio realizado no LCE/UEPA. Belém, PA/Brasil. 2012	84
Figura 9 – Princípios bioéticos de maior importância, relevância e aplicabilidade, na opinião dos entrevistados. Belém, PA/Brasil. 2012	87
Figura 10 – Participação dos sujeitos da pesquisa em trabalhos envolvendo os princípios bioéticos. Belém, PA/Brasil. 2012	89
Figura 11 – Inferência do perfil das respostas referidas nos casos vinhetas. Belém, PA/Brasil. 2012	90
Figura 12 – Fatores que contribuem para ocultar informações aos pacientes. Belém, PA/Brasil. 2012	93
Figura 13 – Fatores que são normalmente ocultados pelos entrevistados. Belém, PA/Brasil. 2012	95
Figura 14 – Médias e desvio padrão do escore de autonomia de acordo com a titulação. Belém, PA/Brasil. 2012	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa em relação à idade. Belém, PA/Brasil. 2012	76
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa em relação ao tempo de formado. Belém, PA/Brasil. 2012	77
Tabela 3 – Relação entre os médicos ajudarem as pessoas e aceitarem a opinião de seus pacientes. Belém, PA/Brasil. 2012	81
Tabela 4 – Principal experiência adquirida com o estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental/UEPA. Belém, PA/Brasil. 2012	84
Tabela 5 – Influência do estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental/UEPA na carreira do entrevistado. Belém, PA/Brasil. 2012	85
Tabela 6 - Graus de importância atribuídos aos tipos de informação a transmitir ao doente com doença grave. Belém, PA/Brasil. 2012	95
Tabela 7. Médias e desvio padrão do escore de autonomia de acordo com as variáveis estudadas	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEUA	Comitê de Ética no Uso de Animais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Institucional Nacional de Avaliação Médica Brasileira
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSUN	Conselho Superior Universitário
CRM	Conselho Regional de Medicina
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESEFPA	Escola Superior de Educação Física
FAED	Faculdade de Educação
FEMP	Faculdade Estadual de Medicina do Pará
FEP	Fundação Educacional do Estado do Pará
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HIV	Imunodeficiência Humana
ISEP	Instituto Superior de Educação do Pará
LCE	Laboratório de Cirurgia Experimental
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
NUPEM	Núcleo de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão em Medicina.

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às mudanças curriculares dos cursos de Medicina
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOCE	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
UEPA	Universidade do Estado do Pará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 MEDICINA: CIÊNCIA E ARTE	15
1.1.1 A Escola Hipocrática	15
1.2 A MEDICINA NO BRASIL COLÔNIA: AS REFORMAS DA ERA POMBALINA E SUAS REPERCUSSÕES NO ENSINO DA MEDICINA	17
1.3 HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL E NO PARÁ	17
1.3.1 Instituição do Ensino Médico no Pará	19
1.3.2 Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP)	20
1.4 A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARA (UEPA)	21
1.4.1 Projeto Pedagógico do Curso de Medicina / UEPA de 1971 a 1999	22
1.4.2 O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA e educação médica no Brasil	23
1.5 O LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL (LCE)	28
2. O DIFÍCIL ENSINO DA ÉTICA	30
2.1 A ÉTICA	30
2.2 A BIOÉTICA	40
2.3 O ENSINO DA ÉTICA E BIOÉTICA	41
2.4 A ÉTICO-BIOÉTICA NA FACULDADE DE MEDICINA	45
2.5 ENSINO E ASSISTÊNCIA	47
2.6 MODELOS DE EDUCAÇÃO EM BIOÉTICA: MODELO NORMATIVO OU DEONTOLÓGICO	49
2.7 AUTONOMIA	50
2.7.1 Autonomia/ Livre Arbítrio	50
2.7.2 História e Problemática	50
2.7.3 Conceitos	53
2.7.4 Natureza do consentimento livre e esclarecido	57
2.7.5 O Direito de saber e de decidir: consentimento livre e esclarecido	57
2.7.6 Limites da autonomia	59
2.8 PATERNALISMO	60
2.8.1 O juramento hipocrático e a medicina tradicional	66
2.8.2 Paternalismo na vida contemporânea	69
3. OBJETIVOS	71
3.1 GERAL	71
3.2 ESPECÍFICOS	71
4. HIPÓTESE	72
5. METODOLOGIA	73
5.1 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS	74

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
6.1 PERFIL DOS EGRESSOS	75
6.2 UNIVERSIDADE E ESTÁGIO NO LCE	81
6.3 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS	86
6.4 VINHETAS: PROBLEMATIZANDO OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS (CASOS CLÍNICOS)	89
6.5 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ESCLARECIMENTO E INFORMAÇÃO	92
6.6 PERFIL BIOÉTICO DOS EGRESSOS	95
 CONCLUSÃO	 99
 REFERÊNCIAS	 101
 APÊNDICES	 113
QUESTIONÁRIO 1	114
QUESTIONÁRIO 2	115
QUESTIONÁRIO 3	116
QUESTIONÁRIO 4	119
QUESTIONÁRIO 5	120
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	121
CARTA AOS SUJEITOS DA PESQUISA	123
 ANEXOS	 124
VINHETAS-CASO CLÍNICO 1	125
VINHETAS- CASO CLÍNICO 2	126
VINHETAS-CASO CLÍNICO 3	127
VINHETAS-CASO CLÍNICO 4	128
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	129
PARECER COMITÊ DE ÉTICA	130
DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO	131
DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ORIENTADOR	132
DECLARAÇÃO DE ACEITE DO CO-ORIENTADOR	133

1 INTRODUÇÃO

1.1 MEDICINA: CIÊNCIA E ARTE

Em ciência, como em todos os demais campos do conhecimento, a compreensão perfeita de um assunto só é possível quando se possui uma noção clara do seu desenvolvimento histórico.

GEIKIE

O conteúdo da proposição supracitada é adequado perfeitamente à Medicina. O saber médico é constituído de diversas abordagens, dentre as quais:

- A ininterrupta sucessão de conhecimentos em evolução lenta e contínua e suas conexões com o progresso científico em diferentes épocas, consequência da continuidade histórica do homem, da escrita, dos registros de conhecimento sobre observações e experimentações;
- O relato dos eventos médicos que se integram à sociedade, à política e ao governo, através das academias, dos órgãos de classe e dos instrumentos legais;
- O aspecto biográfico dos homens que "fizeram" a medicina pelos seus atos, seu saber, suas virtudes - os heróis da história - tão contestados por algumas correntes de pensamento, mas que representam um ponto-chave, transição necessária para o início de novas fases do conhecimento médico;
- O significado cultural genérico da medicina na medida em que ela representa uma soma de conhecimentos que conduzem à melhora das condições da vida humana e, também, o significado cultural específico pela formação de grupos que, pelo conhecimento, são conduzidos a determinadas maneiras de pensar e agir¹.

Inserida nesse amplo conceito histórico, social e cultural, a Medicina sofre a influência do meio ambiente, das crenças e dos costumes populares e, assim, ultrapassa os limites da aplicação profissional para tornar-se uma força cultural de primeira ordem.

1.1.2 A Escola Hipocrática

A ciência médica moderna inicia-se na ilha de Cós, na Grécia Antiga, com a Escola de Hipócrates, este, considerado o "pai da medicina", nasceu em 460 a.C. em Cós e faleceu em 370 a.C., em Tessália. Também foi filósofo e conheceu grandes pensadores como Demócrito, o criador do conceito de átomo como constituinte básico da matéria.

Hipócrates era descendente de Asclépias, mítico médico da Antiguidade citado na *Ilíada*, e estudou medicina em um templo dedicado a Asclépias, em Cós, formando o grupo *Asclepiada* (filhos de Asclépias). Viajou muito, tendo clinicado e ensinado em muitas cidades gregas.

Da "escola hipocrática" saíram outros grandes nomes da medicina, como Crisipos e Praxágoras, considerados por muitos autores como dois dos responsáveis pelo trabalho de Hipócrates². (BOTSARIS, 2001)

As obras que compõem a Coleção Hipocrática (*Corpus Hippocraticum*) foram organizadas em volumes por Ptolomeu, general das tropas de Alexandre, o Grande, para formarem a biblioteca de Alexandria e também abrange escritos posteriores de autores diversos, totalizando algo entre 70 e 100 volumes².

Em sua obra, o “pai da medicina” também fez descrições acuradas de várias doenças, como a epilepsia, a febre amarela e a gota, e discorreu sobre exames físicos, diagnósticos, cirurgias, ginecologia e obstetrícia, além de introduzir outros conceitos a respeito das doenças mentais e da psicologia.

Suas ideias são, ainda hoje, citadas em inúmeros textos científicos como referências de acuidade diagnóstica, de ética e raciocínio clínico. Contudo, numa análise mais detalhada, percebe-se que, sob os aspectos filosóficos, estratégicos e conceituais da medicina ainda são desconsideradas ou mal interpretadas².

O método hipocrático compreende ainda a proposta de raciocínio lógico livre de influências religiosas, fundamental para se chegar a um diagnóstico e para a prescrição de um tratamento adequado².

Para Hipócrates, a análise apurada e global do paciente era fundamental para que nenhum detalhe se perdesse, pois era preciso aguçar os sentidos, analisar tudo com atenção, anotar as impressões, além de perceber o que fosse omitido ou desvalorizado pelo paciente, mesmo que este sofresse de determinado órgão. Além disso, era necessário investigar aspectos como o sono, o estado emocional, a alimentação e os hábitos intestinais².

O pai da medicina se opunha à classificação das doenças a partir do órgão afetado, pois sempre considerava que o paciente adoecia como um todo e não em uma única parte.

Da Antiguidade até o final do século XVIII, a medicina apresentava ligações com a religião, a filosofia e a física. A partir desse período, sob a hegemonia da ciência positivista, foi se tornando uma prática cada vez mais técnica e menos humanista³.

A compartimentalização excessiva da medicina atual é a causa da perda progressiva da visão global do paciente, como já previra o pai da medicina. É preciso estudar, principalmente, o paciente e não a doença. Hipócrates sustentava que cada caso era um caso e que a manifestação da doença não dependia apenas de sua natureza, mas também do doente e de seus hábitos de vida. Isso explicava porque uma mesma enfermidade podia evoluir de forma diferente em pessoas distintas.

As escolas médicas, fundadas no Brasil em Salvador e no Rio de Janeiro em 1808, foram criadas adotando a estrutura concebida nas modificações implementadas em Portugal pelo Marquês de Pombal, não significando mudanças fundamentais das influências da igreja em vista de sua forte interferência na vida da província naquela época. Vale lembrar que o modelo de ensino proposto estabelecia uma relação direta das escolas médicas vinculadas a instituições das Santas Casas de Misericórdias.

1.2 A MEDICINA NO BRASIL COLÔNIA: AS REFORMAS DA ERA POMBALINA E SUAS REPERCUSSÕES NO ENSINO DA MEDICINA

Em 1750, Sebastião José de Carvalho e Melo, mais conhecido como Marquês de Pombal, chega ao poder e logo implanta seu projeto político liberal contrário à força da igreja e à tradição monárquica. Após sua ascensão, torna-se o empreendedor de reformas econômicas, comerciais e culturais. Anos depois, em 1772, promove a Reforma do Ensino Português, a qual impõe para a universidade novos estatutos sugeridos pela Junta da Providência Literária, que era formada por homens de sua confiança e que tinha como objetivo "restaurar as ciências e as artes liberais nestes reinos"⁴.

O Marquês de Pombal também aposentou os antigos 'lentes'; contratou novos professores, até mesmo estrangeiros; expulsou os jesuítas dos domínios de Portugal, confiscando seus bens e expropriando-os de seus colégios. Em seguida, transformou essas instituições em hospitais⁴.

Essa reforma trouxe reflexos à medicina brasileira, pois os cursos de medicina no Brasil passaram a ter a discussão e a aplicação de leis, cânones e teologia, e outras duas cadeiras: a de matemática e a de filosofia, adotando o modelo estabelecido em Portugal. É preciso ressaltar que devido às importantes modificações feitas no currículo médico, passaram a ser exigido do aspirante o domínio do latim, o conhecimento do grego, de filosofia moral e racional. Foram criadas também as disciplinas obstetrícia, terapêutica e cirurgia, esta última tinha como requisito de prática o estudo de anatomia, que antes era feito em animais e doravante passava a ser feito em cadáveres humanos.

1.3 HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL E NO PARÁ

A história da medicina no Brasil tem início com a Família Real portuguesa, que chega a terras brasileiras em 1808, em virtude da invasão de Portugal pelas tropas de Napoleão.

Menos de um mês depois de ter desembarcado em Salvador, D. João VI, atendendo a uma solicitação de José Correia Picanço, o Barão de Goiana, cirurgião nascido em Pernambuco e professor catedrático de Anatomia e Cirurgia em Coimbra, decide criar na capital baiana a primeira Escola Médica do Brasil. O documento, que pode ser considerado como a certidão de nascimento desse tipo de ensino no Brasil, tem o seguinte teor⁵:

Ao Ilustr. Excel. Senhor Conde da Ponte.

O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Correa Picanço, Cirurgião-mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobredito Cirurgião-mor a escolha dos professores, que não só ensinam a cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Exc. ^a. Por ordem do mesmo Senhor para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo que for promover este importante Estabelecimento. Deus guarde a V. Exc. ^a, D. Fernando José de Portugal e Castro. Ministro do Senhor Príncipe Regente. Bahia, 18 de Fevereiro de 1808.⁵

Em 08 de março de 1808, a Família Real instala-se no Rio de Janeiro. Em novembro do mesmo ano, por determinação do Príncipe Regente, é criada na capital carioca a segunda escola médica. A partir de 1813 as escolas de Salvador e Rio de Janeiro foram chamadas de Academias Médico-Cirúrgicas, galgando, em 1832, à condição de Faculdades de Medicina⁴.

Durante o período do Império, o ensino médico permaneceu estatal e com apenas duas escolas. Essa situação só foi modificada após a Proclamação da República e amparada pela Constituição de 1891. A partir desse momento, surgem outras escolas médicas, todas oriundas de iniciativas privadas. A primeira delas foi criada em Porto Alegre no ano de 1898.

A criação do primeiro curso de Medicina no Brasil exigiu a junção tanto em competência médico-cirúrgica como em espaço físico suficiente para conferir identidade institucional ao curso. Assim, em 18 de fevereiro de 1808, sob a denominação de Colégio de Cirurgia e destinado a funcionar no Hospital Real Militar, foi criado o Curso de Medicina. As atividades foram iniciadas com dois professores: Manoel José Estrela e José Soares de Castro, ambos os cirurgiões militares habilitados pelo Colégio São José, em Lisboa, o que lhes conferia legitimidade e competência para o exercício da docência. Contudo, esses admiráveis pioneiros do ensino médico no Brasil não dispunham de meios eficazes para o ensino da Medicina, além de não receberem qualquer remuneração por suas atividades docentes, segundo registros da Memória Histórica do ano 1854⁵.

Durante os primeiros oito anos de funcionamento do Colégio Médico-Cirúrgico poucos foram os registros sobre as atividades de ensino, as melhorias fundamentais na forma

de ensino e a cobrança no cumprimento de deveres dos alunos.

Nesses primeiros anos, os estudantes eram matriculados apenas uma vez e não era imposta a eles a responsabilidade de frequentarem as aulas, resultando que alguns discentes deslocavam-se em viagens para a Europa em busca de mais conhecimentos, outros abandonavam o curso. Em 1815 houve a reforma no funcionamento do curso médico e muitos alunos retornaram aos estudos no ano seguinte.

É importante salientar que apesar de a frequência nas aulas não ser exigida, eram cobradas dos alunos, após quatro ou cinco anos, as “*licções theoricas*”, um exame de conhecimentos perante o “*Physico-mor*” sobre pontos dados com antecedência. Os alunos recebiam ensinamentos de Anatomia Humana, Fisiologia, Patologia e Clínica.

No entanto, o grande gatilho para a expansão do ensino médico no Brasil viria somente no século XX, precisamente em 1911, com a Lei Orgânica do Ensino, instituída pelo Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911, que ficaria conhecida como Lei Rivadávia Corrêa, em função de seu idealizador. Tal lei, de caráter extremamente liberal e positivista, proporcionou total autonomia didática e administrativa para os estabelecimentos de ensino superior⁶. Surgiu assim a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, em 1911⁷; a Faculdade de Medicina Hahnemanniana, no Rio de Janeiro⁷, esta com ênfase no ensino da Medicina Homeopática; a Faculdade de Medicina de São Paulo⁸; e a Universidade do Paraná⁸, com seu curso de medicina e cirurgia – estas três últimas surgidas no decorrer de 1912.

1.3.1 Instituição do Ensino Médico no Pará

A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará foi fundada em 9 de janeiro de 1919, em Belém, por iniciativa conjunta de alguns membros da Associação Científica do Pará, que mantinha a Escola Livre de Odontologia do Pará. Com o médico paraense Camillo Henrique Salgado à frente do projeto, foi instalada oficialmente no dia 1º de maio de 1920, em sessão presidida pelo governador do Estado do Pará, Lauro Sodré, em uma época em que se vivia a crise econômica da borracha na região amazônica⁹.

A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará influenciou extraordinariamente tanto o desenvolvimento científico e a vida cultural do Estado quanto a criação da Universidade Federal do Pará. Mesmo sendo tão importante para a região, sua história ainda não foi estudada devidamente pelos aspectos educacionais e nem em seus aspectos sócio-políticos⁹.

Os pequenos ensaios ou mesmo os trabalhos que se projetaram com maior consistência nesse período carecem de metodologia e análise. Constituem uma narração linear de

acontecimentos que podem até proporcionar subsídios e informações, mas que não possuem a adequada suficiência documental. Outros são trabalhos de circunstância⁹, na maioria das vezes, reflexos de memória que, quando escritos por pessoas ligadas de alguma forma à Faculdade, não escapam de certo ufanismo que obscurece a visão crítica. Docentes e administradores que viveram a Faculdade durante três décadas ou pouco mais, a partir dos primórdios da Instituição, não deixaram memórias escritas ou publicações para a posteridade.

A Faculdade de Medicina foi até 1950 uma instituição particular. O processo de federalização durou quatro anos e significou um dos capítulos mais heróicos da história da instituição. A participação intensa e brilhante do Diretório Acadêmico no início do movimento em prol da gratuidade do ensino. Após lutas e ampla mobilização dos estudantes, veio o ato presidencial que tornou pública a Faculdade de Medicina, vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA)¹⁰.

1.3.2 Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP)

O Hospital dos Servidores do Estado (HSE), desde os primórdios do seu funcionamento, sob a direção do Prof. Dr. Jean Chicre Miguel Bitar, associou à sua finalidade básica de prestar assistência médica aos servidores estaduais e seus dependentes a espontânea vocação de centro de treinamento e ensino médico para acadêmicos de medicina e recém-graduados.

Contando com um corpo clínico-cirúrgico de elevada competência profissional, além de liderança no meio médico local, sempre foi um ponto de referência para jovens graduandos ávidos por adquirirem conhecimentos e habilidades, que os profissionais daquela respeitável instituição não só tinham, mas sentiam prazer em transmiti-los. Daí a inevitabilidade desse feliz destino, selado pela criação da Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP).

O Curso de Medicina foi implantado com a criação da Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP), em 12 de março de 1971 e autorizado a funcionar em 29 de janeiro de 1971, por meio do Decreto nº 68.145. O Curso de Medicina só foi reconhecido pelo MEC em 30 de setembro de 1976 pelo Decreto nº 78.525. Seu idealizador e primeiro diretor foi o Prof. Dr. Jean Chicre Miguel Bitar.

Ficou decidido, então, que a sede da FEMP seria o HSE, em cujas dependências o curso de graduação de médico seria ministrado e que a FEMP, embora gozando de autonomia na aplicação de seus recursos financeiros, permaneceria vinculada à Fundação Educacional do Estado do Pará, órgão responsável pela coordenação do ensino superior no Estado, que mais

tarde daria origem à atual Universidade Estadual do Pará (UEPA), a qual deveria apresentar, além da prestação de contas mensal, o relatório anual de suas atividades.

O Prof. Dr. Jean Chicre Miguel Bitar pronunciou o seguinte discurso:

Este é um dia de júbilo à terra paraense, pois nela se instala sua segunda escola médica, a Faculdade de Medicina do Pará, que vem se associar a cinquentenária casa de Camillo Salgado, na formação profissional da juventude. Aquele que quiser adquirir um conhecimento exato da arte médica escreveu Hipócrates, no quinto século antes de Cristo, deverá possuir boa disposição para isso, frequentar uma boa escola, receber instrução desde a infância, ter vontade de trabalhar éter tempo de se dedicar aos estudos. Uma boa escola é que almejamos venha a ser a que ora se estabelece. O entusiasmo com que foi concebida. Era antiga aspiração de um grupo de médicos paraenses, carinhosamente cultivada, a criação de uma nova Faculdade de Medicina no Pará¹¹.

A ideologia que norteou o ensino médico na FEMP foi a formação do médico generalista em suas finalidades e objetivos. O Regimento da nova escola de Medicina do Pará destaca: preocupação em formar médicos integralmente preparados e capazes de prestar serviços em prol da sociedade/comunidade; a intenção de promover pesquisas; enfoque do regional (habilitação profissional para atendimento das necessidades da região e ênfase nos problemas mais ligados à realidade da Amazônia). Daí as disciplinas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica “*senso latu*”, nelas englobadas as diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas a serem ministradas interdisciplinarmente. Outro enfoque que merece destaque foi a preocupação com o ensino ambulatorial, mostrando ao estudante a realidade fora dos leitos hospitalares, inicialmente nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Dermatologia e Cirurgia¹¹.

1.4 A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARA (UEPA)

Foi criada por meio da Lei Estadual nº 5.747, de 18/05/1993, sendo autorizada a funcionar através do Decreto Federal datado de 04 de abril de 1994. É uma instituição pública estadual organizada como autarquia de regime especial e estrutura multi campi, gozando de autonomia didático-científica, administrativa, disciplinar e de gestão financeira e patrimonial. Sua existência tem origem na Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP) que, a partir de 1961, passou a ser a entidade mantenedora do ensino superior estadual. Porém, o ensino superior estadual surgiu em 1994, com a criação da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”¹².

Em 1970, foram implantadas a Escola Superior de Educação Física (ESEFPA) e a

Faculdade de Medicina do Pará (FEMP). Posteriormente, em 1993, foi criada a Faculdade de Educação (FAED) e no ano de 1989 o Instituto Superior de Educação do Pará (ISEP). Portanto, a UEPA se origina da junção dessas instituições de ensino estadual¹².

Assim, finalmente, em abril de 1994, por decreto presidencial foi autorizada a funcionar a Universidade do Estado do Pará (UEPA), congregando as unidades de ensino superior da Fundação Educacional do Estado do Pará, inclusive a FEMP.

A Universidade do Estado do Pará (UEPA) tem como missão produzir, difundir conhecimentos e formar profissionais éticos, com responsabilidade social, para o desenvolvimento sustentável da Amazônia. Busca ser referência científico-cultural de ensino, pesquisa e extensão, em nível nacional. Ao longo de sua trajetória, tem dado mostra de seu compromisso com a sociedade paraense, contribuindo para o desenvolvimento do Estado do Pará.

No aspecto normativo é regida pelo seu Estatuto e Regimento Geral, aprovado pelo Conselho Superior Universitário (CONSUN), através da Resolução no 374/2000 e está adequado à Lei nº 9.394/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

O Projeto Institucional da UEPA inclui, dentre entre outras diretrizes e princípios educacionais, o comprometimento com as necessidades e exigências sócio-econômicas, culturais e tecnológicas do Estado, hoje e amanhã e a pesquisa como inspiradora de toda a vida acadêmica, indissociável do ensino e da extensão, podendo ser sintetizadas no princípio fundamental de ser motor de revitalização para o desenvolvimento do Estado.

Na estrutura da Universidade, o Curso de Medicina integrou o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), tendo em sua estrutura administrativa os seguintes órgãos: Colegiado de Curso, Coordenação de Curso, Coordenação Departamentos e de Estágios e as várias disciplinas¹².

1.4.1 Projeto Pedagógico do Curso de Medicina / UEPA de 1971 a 1999

O Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará foi implantando em 1971 e o currículo pleno foi modificado em 1996. As primeiras tentativas de reforma curricular foram em 1984, mas apenas em 1996, com a junção à Comissão Institucional Nacional de Avaliação Médica Brasileira (CINAEM), discussões entre a comunidade acadêmica, pesquisas sobre os egressos do curso de medicina, dentre outros, houve a consolidação da atual proposta curricular, atualmente em vigor.

Dentro do antigo currículo pedagógico da Medicina, os assuntos voltados à ética médica eram ministrados na disciplina Medicina Legal e Deontologia Médica, com carga horária bastante limitada. Referente ao ensino da Deontologia Médica, os temas abordados eram, em grande parte com características estritamente deontológicas, restritos aos seguintes assuntos: Fundamentos, Código de Ética Médica, Exercício Ilegal da Medicina, Publicidade Médica, Publicação Médica, Boletim Médico, Honorários Médicos, Responsabilidade Médica, Omissão de Socorro, Tratamento Arbitrário, Segredo Médico, Transplante de Órgãos e Tecidos, Esterilização Humana e Eutanásia.

1.4.2 O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA e Educação Médica no Brasil

Os currículos de graduação, não apenas na área médica, apresentam uma estrutura de organização por disciplinas que pouco interagem, mesmo fazendo parte de um mesmo departamento e estando ligada à formação de um mesmo perfil profissional, no caso o médico.

O ensino na graduação, não apenas na área médica, tem se caracterizado pela grande ênfase na transmissão de conhecimento por parte dos professores e a consequente necessidade de memorização por parte dos alunos. Nesse processo de transmissão predomina o ensino tradicional, centrado no professor e cuja metodologia de ensino é fundamentalmente baseada no discurso oral e na exposição, com algumas demonstrações práticas. Esse panorama, embora mude ao longo do curso médico, sobretudo com a introdução do internato, permanece em sua essência o mesmo. O aluno é pouco exigido em termos de investigação, capacidade de buscar informação, de solucionar problemas e outras habilidades fundamentais para a formação de um profissional autônomo, com maior iniciativa e capaz de atender às exigências da sociedade hoje¹³.

Essa formação tradicional do Curso de Medicina, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde da pessoa, do ambiente e da sociedade. Os profissionais são formados, muitas vezes, dominando diversos tipos de tecnologias, mas com dificuldades em lidar com o aspecto humano, afetivo, emocional, moral, social e cultural das pessoas.

Esse modelo tradicional estabelece o que o aluno deve aprender, sem necessariamente se basear nas necessidades e realidades de saúde e dos serviços de saúde da sociedade.

Por sua vez, na sociedade, as constantes reclamações clamam um grande esforço para reorganizar e mudar a atenção básica, necessitando para tanto de profissionais médicos, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade¹³.

Essa dicotomia entre a formação e a prática profissional tem sido uma das forças propulsoras da busca de modelos alternativos de formação de profissionais médicos para a saúde, incorporando práticas do sistema de saúde, bem como características e especificidades das comunidades nas quais esses futuros profissionais vão se inserir.

As inquietações dos educadores médicos, a exigência da sociedade, as relações de parceria das IES com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e setores relevantes da sociedade a partir de encontros, eventos e documentos produzidos, foram delineando parâmetros que devem balizar a formação dos médicos. Dentre estes se destacam: a “Saúde para todos” (OMS, 1977); Declaração de Alma Ata (1978); de Edimburgo (1988); Educação Médica nas Américas (Projeto EMA, 1990); Avaliação do Ensino Médico no Brasil (CINAEM, 1991-1997); Programa *in* UNI (Fundação Kellogg, 1994); PROMED (MS/OPAS, 2002) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina¹⁴ (CNE/MEC, 2001).

Segundo Cotta *et al*, em relação à Educação e à Formação de Profissionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aprovada em 1996, determina a estruturação dos cursos superiores em termos de diretrizes curriculares; em que várias orientações do Conselho Nacional de Educação (CNE) orientam para a elaboração dos projetos didático-pedagógicos dos cursos de graduação definidos em termos das competências e habilidades que o graduado destes cursos deve possuir, estimulando os Cursos de Graduação a apresentarem “projetos pedagógicos inovadores”¹⁵.

Assim, a preocupação central na construção de projetos político-pedagógicos deve ser a construção de elementos de aperfeiçoamento das práticas pedagógicas e de melhoria acadêmica, a fim de que os mesmos possibilitem melhor formação de profissionais com vistas ao atendimento das necessidades da população.

Desse modo, as diretrizes curriculares aprovadas para o Curso de Medicina apontam para a formação terminal do médico generalista; recomendam que devam ser contemplados elementos de fundamentação essencial no campo da medicina, visando promover no aluno a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, não terminando com a concessão do diploma, constituindo-se em um processo que permita a continuidade da formação acadêmica e/ou profissional.

Dentro dessa perspectiva há de se pensar na organização de um currículo que abandone concepções antigas, tradicionais, organizados de forma que não haja articulação e integração do conhecimento. É preciso garantir uma formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições e exercício profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Medicina instituem:

Art. 2º. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art.3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano¹⁶.

Cotta *et al* expõem a importância da educação para a sociedade brasileira e que sua função inclui a instrução de profissionais, sua qualificação para o atendimento das demandas e necessidades da sociedade, assim como a formação de cidadãos comprometidos com o seu trabalho¹⁵. No entanto, questionam sobre a educação laboral em saúde, ou seja, perguntam sobre o perfil dos trabalhadores em saúde formados pelas instituições educacionais, se tal educação é embasada em que conceito de saúde e em que paradigma sanitário ou, ainda, se estes profissionais estão preparados para trabalhar no sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde- SUS) ou na iniciativa privada.

Os autores questionam, ainda, sobre a articulação entre a teoria e a prática na formação desses profissionais, o que tem sido tema de discussões em instituições de formação, pesquisa e de serviço, bem como no Ministério da Educação e da Saúde, principalmente após a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, conforme avaliação dos autores, foi concebida em um cenário desfavorável de crises fiscais e de reformas econômicas e de expansão e consolidação do setor privado na área de saúde, o que denota, segundo os autores, dificuldades para a população, de acesso, universalidade e de igualdade de atendimento no sistema público de saúde.

Cotta *et al* observam ainda que o modelo de ensino e formação atuais desarticulam os profissionais de saúde das políticas de educação e saúde, contrastando tal situação com as desigualdades apresentadas pela sociedade brasileira, o que também tem sido tema de discussões em congressos de saúde e em encontros nacionais¹⁵.

Nesse sentido, os autores efetivam uma avaliação do cenário das desigualdades sociais e da pobreza no Brasil, avaliando que o Brasil não é um país pobre, mas “injusto e desigual”, de elevada concentração de renda e, desse modo, falam em retroalimentação e da associação entre a pobreza e doença, analfabetismo, violência, saneamento básico precário e, principalmente, criticam a dificuldade de acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a pouca atenção dada às desigualdades e às necessidades de atenção básica, principalmente entre as minorias populacionais (como negros, pobres, gravidez na adolescência, etc.).

Diante de tal contextualização, crítica e análise, Cotta *et al* repensam a formação dos profissionais de saúde à luz dos princípios do SUS¹⁵, considerando-se os direitos de cidadania insculpidos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde, tendo como objetivos principais o resgate aos princípios do SUS, a universalização do acesso aos serviços de saúde e a equidade, para o que expõem que os profissionais de saúde devem estar atentos para a realidade brasileira e perceber as carências da população sob seu cuidado, bem como suas características em relação à demografia, epidemiologia, cultura, situação socioeconômica, política, ou seja, realmente conhecer a comunidade em que atuam, em cumprimento a outras duas diretrizes do SUS: a regionalização e a hierarquização dos problemas de saúde, considerando-se a intersetorialidade, a integralidade, a participação social.

Para os autores, os profissionais de saúde devem ser formados com os pressupostos da identificação ampla dos problemas de saúde da população e conhecimento da situação socioeconômica da população que atendem.

Dessa forma, comunga-se com o pensamento de Chor, para quem os princípios que devem nortear um projeto de formação educacional e profissional compreendem¹⁷:

a) Formação humanística aliada a uma visão científica, que o habilite a compreender o fenômeno econômico em seus múltiplos relacionamentos com o ambiente social, cultural, político e ambiental, de modo a habilitá-lo a apontar iniciativas e propor projetos em um mundo que se caracteriza cada vez mais pela interdependência dos fenômenos;

b) Visão pluralista, em coerência com o caráter social do profissional de saúde e que se expressa no diálogo e debate entre os docentes que comunguem de diferentes posições teórico-metodológicas, superando a estreiteza das visões "unidimensionais";

c) Comprometimento com as realidades nacional e regional, para que o trabalho do profissional de saúde sempre seja voltado para a busca de um projeto de atendimento e promoção da saúde da população, com a satisfação de suas necessidades e minimização das desigualdades;

d) Embasamento científico e profissional sólido para atuar tanto no setor público como no setor privado, inclusive incentivando-o a progredir em sua formação, incluindo a formação teórica e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo destinado à resolução dos problemas de saúde da população.

Assim, a situação desejada de implementar um currículo no Curso de Medicina que possa deslocar o eixo central do ensino médico da ideia da enfermidade, incorporando a noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, devendo considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, preparando os futuros médicos para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar, comunitária e hospitalar, aconteceu em 1996.

Contudo, nem todos os objetivos foram alcançados, uma vez que o curso ainda mantém estrutura comportamental por disciplina, apresentando, entretanto, grande evolução em relação ao projeto curricular de 1971.

A atual proposta pedagógica, desde os seus princípios norteadores, objetivos do curso e aspectos relevantes à formação do médico geral, deixa claro que o estudante deve ser preparado para “ter conhecimentos éticos e humanísticos capazes de contribuir para uma postura médica adequada”. Logo, nesse currículo há uma disciplina específica abrangendo essa área, intitulada *Deontologia Médica e Direitos Humanos*, atualmente coordenada pelo autor desta tese, Prof. José Antônio Cordero da Silva, que utiliza diversas estratégias de aprendizagem, criando situações problemas, discussões de casos, seminários, e pesquisas mediante os seguintes assuntos:

- Código de Ética Médica: conceitos de ética, moral, costumes;
- Bioética: princípios fundamentais, autonomia, justiça, beneficência e não maleficência;
- Erro Médico: conceitos e casos clínicos;
- Documentos Médicos-Legais: prontuário médico e atestado de óbito;
- Morte encefálica, transplante e doação de órgãos;

- Aborto / anencefalia;
- Eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia;
- Sistema Único de Saúde: princípios fundamentais;
- Humanização dos serviços de saúde;
- Pesquisa em seres humanos/ Comitês de ética em pesquisa;
- Relação médico-paciente: princípios bioéticos;
- Clonagem, fertilização medicamente assistida;
- Precarização dos sistemas de saúde e o mercantilismo;
- Economia médica: o custo da saúde;
- Genoma humano e confidencialidade;
- O papel dos CRMs e do CFM;
- Ética do estudante de medicina;
- A saúde do médico no Brasil;
- O trabalho do médico.

1.5 O LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL (LCE)

A reforma curricular do curso de medicina da UEPA trouxe para o curso a formação de núcleos e novos laboratórios de pesquisa como forma de introduzir a pesquisa. Em março de 1997, objetivando alcançar a excelência no ensino médico e elevar o nível da produção científica na UEPA, constituiu-se o Núcleo de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão em Medicina (NUPEM) e, assim, o Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) foi criado no dia 01 de julho de 1997, em decorrência do NUPEM, pelos professores Marcus Vinicius Henriques Brito e Nara Macedo Botelho, cujas diretrizes vislumbravam o processo da iniciação científica como eixo norteador da formação médica.

No LCE atuam estagiários do quinto e sexto ano dos Cursos de Medicina e Fisioterapia, que desenvolvem trabalhos de conclusão de curso, e pós-graduandos de Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado; e estagiários de outras Universidades que vêm ao LCE adquirir conhecimentos.

Outro importante curso promovido pelo LCE é o Curso Teórico-Prático de Cirurgia Experimental, onde são abordados temas como: instrumental cirúrgico, técnicas de síntese, anestesia e técnica de eutanásia em ratos, técnicas de dissecação, homeostasia e também temas abordando princípios bioéticos e a pesquisa animal.

Os estagiários do LCE participam de reuniões técnico-científicas, nas quais atuam

ativamente na apresentação do "Clube de Revista" para aprimoramento didático, científico, crítico e metodológico; aprovação de anteprojetos em consonância com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA).

Em 2000, o LCE foi vinculado à disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (TOCE), do Departamento de Medicina Integrada do Centro de Ciências Biológicas da UEPA, ampliou sua vinculação à formação acadêmica, procurando colaborar com a formação ética, didático-científica e profissional do corpo docente e discente da UEPA, participando ativamente da comunidade científica locorregional, buscando sua integração na comunidade nacional.

2. O DIFÍCIL ENSINO DA ÉTICA

2.1 A ÉTICA

Ética a Nicômaco pode ser considerada a principal obra relacionada à ética em Aristóteles. Nela, o autor expõe sua concepção teleológica e eudaimonista de racionalidade prática, sua virtude como mediania e suas considerações acerca do papel do hábito e da prudência ou sabedoria na Ética. Em outras palavras, a ética no *Corpus Aristotelicum* é considerada como uma parte ou um capítulo da política, que a antecede, referindo-se ao indivíduo, enquanto a política considera o homem em sua dimensão social¹⁸.

A ética (ciência do costume) de Aristóteles está ligada aos conceitos fundamentais da metafísica, expostos em três redações compostas de vinte livros. Aristóteles discorre sobre a ética e sua relação com a política, pois o motivo de toda ação é o bem da comunidade e que, para tanto, existe o Estado, sumo bem, a comunidade mais perfeita e maior.

Assim, o bem é o fim, a finalidade última de tudo e, nesse sentido, o estudo do bem pertence à política, que é a primeira das ciências práticas, já que esta dispõe na cidade, as ciências de que todos precisam. Desse modo, todas as faculdades tidas em maior apreço estão sujeitas à ciência política.

Sendo o bem a finalidade última de tudo, discute-se que muitos colocam a felicidade no prazer (o momento); na honra que é quase o fim da vida política, sendo característica dos homens bons e honrados (a virtude), porém, imperfeita, pois alguém oprimido pelos males e desventuras não consegue ser feliz; e na vida contemplativa; pois é claro que a riqueza não é o bem que se busca¹⁸.

No entanto, não existe uma única idéia acerca do bem: as noções são diversas e diferentes entre si, haja vista que ele não aparece igual nesta ou naquela ação, nem nesta ou naquela arte, a exemplo de na estratégia, a vitória; na construção, a casa e, na medicina, a saúde.

Portanto, para todas as ações, a finalidade é o bem, o sumo bem, a coisa perfeita. Assim, o bem varia de acordo com o que se quer alcançar. Nesse sentido, a felicidade aparece como o bem perfeito, sendo o fim de todas as ações. Dessa forma, o conceito de felicidade, para Aristóteles, tem de ser tirado do conceito da atividade humana em sua perfeição, pois a felicidade é o maior dos bens, e é próprio do homem excelente obrar bem e com beleza¹⁸. Tais

bens podem ser divididos em três espécies: externos (sabedoria); da alma (virtude) e do corpo (prazer).

A felicidade, no entanto, tem necessidade dos bens externos: amigos, riqueza e poder político, sem o que o homem não pode se tornar feliz. Assim, a felicidade não deve ser atribuída ao acaso e, consistindo na atividade da alma virtuosa, quase todos estão em condições de conquistá-la, pois que depende da atividade virtuosa, que se caracteriza como mais estável que a ciência e, sem virtudes, tal como a honestidade, a fortuna adversa reduzirá a vida a angústias e ruínas, segundo Aristóteles¹⁸.

Portanto, sendo a felicidade a atividade da alma, conforme a virtude perfeita, há que se proceder ao exame da virtude humana, virtude da alma, já que a felicidade é uma atividade da alma, na qual existe uma parte privada de razão (onde se enquadram as virtudes chamadas dianoéticas: inteligência e prudência, que se geram e crescem através do ensinamento) e uma parte racional (onde se enquadram as virtudes éticas: liberalidade e temperança, provindas do hábito).

Desse modo, nenhuma das virtudes éticas se gera no homem por natureza: tornamo-nos perfeitos mediante o hábito; mediante o aprendizado, já que, construindo, nos tornamos construtores. Dessa forma, conquista-se a virtude através do exercitar atos virtuosos, da justa medida em cada ação¹⁸.

O ato, se cumprido com disposição virtuosa, distingue a virtude das artes e das ciências, já que as artes são valiosas em si mesmas e as ciências dependem da disposição dos hábitos humanos virtuosos. Assim, pode-se afirmar que toda virtude aperfeiçoa a boa conduta. Nesse sentido, a virtude ética versa acerca dos fatos e ações humanas, podendo ocorrer o excesso, a falta, o meio; condições próprias da virtude, pois a mesma é regulada pela medianidade e determinada pela razão.

A virtude é, portanto, uma mediania. No entanto, expõe Aristóteles, nem todo afeto a admite, a exemplo da depravação, da malevolência, do despudor, da inveja, furto e o homicídio, comportamentos censuráveis porque perversos por si mesmos e que sempre se constituem em erro. Nesse sentido, Aristóteles afirma que é mais fácil ao ser humano o encolerizar-se, o dar, o gastar, por isso a virtude é difícil. O bem é raro e por isso o louvam. Dessa forma, o filósofo aconselha o estudo das inclinações que nos arrastam mais fortemente para um extremo oposto¹⁸.

Aristóteles efetua a análise do ato prático da virtude humana, já que o princípio da ação está sempre em nós através de atos voluntários e involuntários (coisas que fazem à força ou por ignorância). Contudo, existem ações consideradas mistas, entre o voluntário e o

involuntário e, dessa forma, é difícil discernir que coisas se devam preferir a outra; e que coisa suportar em vez de outra, sendo ainda mais difícil permanecer firme nas decisões tomadas.

A força que nos motiva a agir contra a vontade, ou seja, a praticar atos involuntários, causa dores e sofrimentos, apesar de que sejamos levados pela ignorância universal na ação de uma maldade e não de involuntariedade; ao passo que os atos voluntários são efetivados com propósito, o que não é comum aos seres irracionais, já que os seres racionais, nós humanos, somos imbuídos de qualidades, virtudes e vícios, que nos permitem deliberar acerca das coisas que de nós dependem e que são factíveis.

Delibera-se, portanto, acerca das coisas que, ordinariamente, ocorrem, já que o procedimento deliberativo é próprio do princípio das ações do homem nas coisas que ele próprio pode operar, haja vista a possibilidade de investigação de como fazer. Assim, o propósito se constitui em apetite deliberativo das coisas a nós pertinentes.

De tudo, o bem é a finalidade maior, na vontade e na deliberação, nos propósitos que visam uma finalidade (o bem ou o mal). Assim, o homem é pai de suas ações, assim como o é, também, das ações de seus filhos; assim como somos também filhos de nossas ações voluntárias, haja vista as consequências delas advindas: a justiça distributiva (igualdade das relações) e corretiva (penalidades)¹⁸.

Em relação às virtudes dianoéticas, determinadas pela reta razão, ou seja, as virtudes advindas dos costumes, Aristóteles as classifica em razão científica e razão discursiva, haja vista que ninguém delibera acerca das coisas que não podem ser de outro modo. A virtude ética é, pois, um hábito, um propósito e o propósito um apetite com deliberação e o raciocínio feito para qualquer propósito. Assim, sem hábito ético não existe propósito, pois sem raciocínio e costume, a perfeição não é possível. Dessa forma, a escolha deliberada ou o espírito animado pela tendência, é um princípio humano.

Para Aristóteles, as boas e as más ações não podem existir sem uma combinação do intelecto e do caráter. Porém, segundo ele, o intelecto não move nada e, portanto, é necessário que exista o intelecto prático (razão prática), que vise a algum fim. Segundo Aristóteles, são cinco as virtudes pelas quais a alma possui a verdade: a arte (*Tekné*), a intuição ou razão intuitiva (*Nôus*), a sabedoria filosófica (*Sofia*), o conhecimento científico (*Episteme*) e a sabedoria prática (*Phrónesis*)¹⁸.

No entender do filósofo, o conhecimento científico é a convicção de um homem, o qual chegou a este de uma maneira conhecida por ele, desde os pontos de partida até as conclusões, seu conhecimento puro é tido de maneira accidental. Segundo Aristóteles, toda arte

é relacionada com a criação, invenção, no estudo das maneiras dessa produção, de coisas que existem ou ainda não existem.

Sobre a sabedoria prática, afirma que esta consiste na capacidade de raciocinar e agir naquilo tocante ao bem e ao mal para os homens. Esta difere da arte por ser a arte excelente na sua elaboração e não em sua ação.

Para Aristóteles, a sabedoria prática é a capacidade verdadeira e de raciocínio de agir no que se refere às ações humanas. Diz ele que o conhecimento científico é o juízo acerca de coisas universais e necessárias. E tanto suas conclusões quanto as demonstrações são derivadas dos primeiros princípios. Aristóteles assim classifica as cinco virtudes dianoéticas¹⁸:

a) A ciência: toda doutrina vem de cognições precedentes, ou seja, a ciência é um hábito demonstrativo determinado pelo conhecimento de princípios;

b) A arte: a habilidade de edificar é certa arte e propriamente hábito produtivo com razão verdadeira. Dessa forma, não existe nenhum hábito produtivo com razão que não seja arte, pois toda arte visa à produção de algumas coisas que podem ser e não ser;

c) A sabedoria: a sabedoria não será nem ciência nem arte: ciência não, porque o objeto da ação pode ser diferentemente; arte não, porque diverso é o agir do produzir. Há a necessidade de que a sabedoria seja um hábito prático acerca dos bens humanos com razão verdadeira não afeita ao esquecimento;

d) A inteligência: é próprio de quem é sábio em alguma coisa, dar-lhe a demonstração;

e) A sapiência: a sapiência tem de ser de todas as ciências, a mais perfeita, já que é intelecto e ciência, estando à frente das outras, será a ciência das mais honrosas coisas.

No entanto, existem dificuldades acerca do valor prático e moral das virtudes dianoéticas, pois que se constitui em hábitos, que formam as virtudes, que pela reta razão se transforma em sabedoria. Dessa forma, não é possível ser bom sem a sabedoria, nem sábio sem virtude ética. Daí que as virtudes não podem ser separadas entre si porque um mesmo homem não é, por natureza, inclinado em grau igual a todas as virtudes: alguma já as terá adquirido, outras são adquiridas pela sabedoria.

Aristóteles também afirma que “a verdade é que nenhum prazer prejudica a virtude, quando deriva da atividade do hábito virtuoso e, ainda, que o prazer nos impele cada vez mais à virtude”. Logo, o prazer é um bem. Nesse sentido, é afirmado que existem três objetos dignos de serem amados: o bem, o agradável e o útil, assim como são três as espécies de

amizade: a amizade de virtude (verdadeira amizade), de prazer (própria da juventude) e de utilidade (por interesse).

Assim, a par de outras opiniões contrárias, Aristóteles afirma que “o prazer não é nem movimento, nem geração, pois que sua forma é sempre perfeita em si, o prazer é a perfeição do ato”. Todos tendem ao prazer porque somos levados ao viver: a vida é atividade. Assim, sem atividade não se gera o prazer e toda atividade se faz perfeita através do prazer. Dessa forma, aqueles que agem com o prazer julgam melhor e, mais exatamente, conduzem a termo cada coisa.

Finalmente, a felicidade, o fim de todas as ações humanas, a atividade virtuosa, pois à felicidade nada falta, bastando por si mesma. Portanto, a atividade daquilo que temos de melhor é superior às outras e mais apta a nos dar a felicidade, que tanto pode ser perfeita, consistindo na atividade do pensamento; e contemplativa, a mais excelente por dignidade, sendo suficiente, cômoda e contínua enquanto é possível ao homem, já que a virtude do pensamento tem pouca necessidade de subsídios exteriores. No entanto, a felicidade perfeita é atividade especulativa, pois o homem precisa prover-se de bens exteriores em medida suficiente (nem rico, nem pobre), pois para fazer o bem basta pouco. Basta ser bom, segundo Aristóteles.

Aristóteles afirma que “a sabedoria deve ser a combinação entre a razão intuitiva e o conhecimento científico”. Aristóteles acredita que a sabedoria prática possui um campo gigantesco. Ela envolve tudo sobre o que o homem pode deliberar e visa como agir bem, sobre o “bem viver”. A sabedoria prática necessita de experiência. Por isso, Aristóteles entende que não se pode ser jovem e sábio. A sabedoria política e a prática correspondem à mesma disposição da alma, mas são diferentes, pois a sabedoria política relaciona-se com a ação na cidade e a sabedoria prática com o indivíduo e ele mesmo¹⁸.

Segundo Aristóteles, investigações e deliberações são diferentes. Esta última refere-se na investigação de algo em particular e implica o raciocínio. Segundo ele, a deliberação excelente é aquela que tende a alcançar o bem. Um bom deliberador normalmente é também dotado de sabedoria prática, pois ele deve agir naquilo que delibera para alcançar o bem desejado. Já a inteligência também difere da sabedoria prática, posto que esta se encarrega de agir em suas deliberações e a inteligência se ocupa em julgar. A inteligência, segundo ele, não consiste em ter sabedoria prática, mas em aprender, no exercício da arte de conhecer, no opinar, ela é idêntica à perspicácia.

O homem perspicaz é observador e sagaz. Segundo Aristóteles, o discernimento é o julgar, segundo a verdade, e a ele convergem: inteligência, sabedoria prática, razão intuitiva. As pessoas dotadas desses atributos são portadoras de discernimento, que vem com o tempo.

Em relação à sabedoria filosófica, percebe-se que ela é a razão intuitiva combinada com o conhecimento científico, orientada para objetos mais elevados. É dentre as formas de conhecimento, a mais perfeita, superior à sabedoria prática que tem como objeto as coisas humanas e diz respeito à ação. Em outras palavras, por mais que a virtude determine o fim e a sabedoria prática nos conduza a ele, esta última não domina a sabedoria filosófica, como afirma Aristóteles “[...] isto é, a parte superior de nossa alma (*sabedoria filosófica*), assim como a arte médica não domina a saúde, pois não se serve dela, mas fornece os meios de produzi-la”¹⁸.

Segundo o filósofo, um homem sem virtude não se torna bom apenas por conseguir essas sabedorias com o tempo se não as usar. O fato é que elas trazem complemento à vida, faz parte da felicidade, deixam-nos cientes daquilo que acontece e daquilo que vivemos. As sabedorias não nos tornam virtuosos e bons, mas nos dão instrumentos para decidirmos o queremos ser: se virtuosos ou viciosos.

No entanto, as disposições das virtudes, com as quais todos nascem de nada adiantariam sem a razão. A razão é indispensável para a formação das virtudes em nós e estas, quando praticadas e estimuladas, implicam em sabedoria prática. E, quanto mais praticamos, mais virtuosos nos tornamos.

Tendo como base o estudo da ética em Aristóteles, Jacques Maritain afirma que as definições mais usadas para Ética, do grego, têm duas origens possíveis. A primeira é a palavra *éthos*, que é traduzida como costumes e a segunda que também se escreve *éthos*, porém significa propriedade do caráter. A primeira serviu de base para a tradução latina *Moral*, enquanto que a segunda é a que orienta no uso da palavra Ética¹⁹.

Ética é uma investigação geral sobre aquilo que é bom, justo e o que é correto, está presente em todas as sociedades humanas. A Ética pode ser também um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que orientam as ações de um grupo em particular (moralidade), ou pode ser o estudo sistemático dos argumentos sobre como nós deveríamos agir (filosofia moral).

A palavra Moral tem origem no latim – *moras* – significa os usos e costumes. Moral é um conjunto das normas para uma ação específica ou concreta. A moral está contida em códigos, que tendem a regulamentar a vida das pessoas em todas as ações. Alguns estudiosos defendem que “a Moral consiste em fazer prevalecer os instintos simpáticos sobre os impulsos

egoístas”, ou seja, o termo *Ética* significa “ciência dos costumes”. Ao tratar da atividade prática, o objeto peculiar da *Ética*, Aristóteles distingue nitidamente pontos de vista inteiramente diversos; um propriamente dialético, filiado ao conceito aristotélico da *Dianóia* (lei do que em nós é propriamente humano); outro, metafísico, filiado ao conceito *Nous* (a vida do divino em nós, a inteligência pura)¹⁹.

Assim, o termo *Ética* pode ser definido, de forma simplificada, como sendo um ramo da filosofia que lida com que é moralmente bom ou mal, certo ou errado; podendo-se dizer que, *Ética* e “filosofia moral” são sinônimos.

As definições acima, simples e de fácil aplicação, são na realidade um conceito complexo, pois engloba juízos de valor, não sendo fáceis de serem aplicados. Quando se trata do comportamento do homem, Maritain¹⁹ assegura que se é obrigado a entrar no universo dos valores absolutos, porque se está lidando com o comportamento de um ser dotado de razão e, portanto, de liberdade.

A *Ética* popular apresenta-se com diferentes significados. Um deles, é que a *Ética* diz a respeito aos princípios de conduta que norteiam um indivíduo ou grupos de indivíduos, sendo dessa forma aplicada em referência aos princípios de condutas das pessoas em geral.

O outro, a *Ética* científica, constata o relativismo cultural e o adota como pressuposto. Ela qualifica o bem e o mal, a virtude e o vício a partir de seus fundamentos sociais e históricos. Constitui na apresentação de um demonstrativo com base empírica, que investiga e explica a razão de ser da pluralidade, da dinâmica e da coexistência contraditória das morais históricas; por extensão, das moralidades singulares que a coletividade pratica, de seus “códigos de honra”²⁰.

A *Ética* estuda as morais e as moralidades, analisa as escolhas que os indivíduos fazem em situações concretas. Quando aplicada às moralidades, capta os fundamentos das tomadas de decisão, não importa seu âmbito. Com efeito, não há grupamentos humanos que não obedeçam a um sistema de normas morais; tudo o que parece natural e justo a uma coletividade qualquer, não o é necessariamente para outra (relativismo cultural); uma coletividade pode adotar normas morais para uso interno e reservar outras para o uso externo; há a co-existência de duas morais no seio de uma mesma coletividade.

Outro conceito difundido de *Ética* diz que “é ético tudo o que está em conformidade com os princípios de conduta humana; de acordo com o uso comum, os seguintes termos são mais ou menos sinônimos de *ética*: moral, bom, certo, justo, honesto”. O que se observa, então, é que a referência ao termo *Ética* não compreende apenas o comportamento aceito, habitual e repetido, mas também aquele que se julga mais adequado. Dessa forma, a

dificuldade-chave dos problemas éticos da atualidade consiste em equacionar interesses pessoais com responsabilidade social.

A convivência em sociedade conduz as pessoas a travarem entre si, diariamente, grande número de relacionamentos. Esse quadro tem por base a necessidade de se atingirem determinados objetivos, os quais pode ser de natureza individual ou coletiva.

O termo sociedade pode assim ser definido como a integração verificada entre duas ou mais pessoas que somam esforços para que determinados objetivos sejam alcançados. Tais relacionamentos são fortemente influenciados por aspectos ligados ao comportamento humano que, por sua vez, recebe influência das crenças e valores que cada pessoa carrega. É de se esperar, portanto, que conflitos surjam entre as pessoas envolvidas nos vários tipos de relacionamentos existentes no seio de uma sociedade, visto que é normal a perseguição, por parte delas, de objetivos antagônicos.

Na discussão para resolver tais questões, cada lado assumirá uma posição e comportamento próprio, dentro daquilo que acredita ser certo e justo para a situação. Desse modo, os objetivos individuais só serão atingidos caso ambas as pessoas, não obstante as posições opostas, cheguem a um ponto de entendimento comum.

Nas questões de caráter coletivo, que requerem decisões mais complexas, o principal desafio é encontrar o "ponto de entendimento", eliminando se possível ou, no mínimo, atenuando conflito de interesses que envolvem as pessoas em cada situação. Para uma convivência pacífica no âmbito de cada sociedade, da mesma forma que entre sociedades distintas, faz-se necessário que cada pessoa individualmente, dentro das fronteiras delimitadas por suas crenças e valores, assumam comportamentos tais e que respeitem seus semelhantes, naquilo que é de seu direito. De outra maneira, é necessário que os próprios agentes contribuam para que se atinja aquele ponto de entendimento.

Esse é o papel da ética, enquanto ramo do conhecimento, naquilo que se refere ao relacionamento dos homens dentro da sociedade, assim como dos conflitos decorrentes desse relacionamento, cuja existência tem por base as crenças e valores de cada pessoa. A ética pode ser o estudo das ações ou dos costumes e pode ser a própria realização de um tipo de comportamento.

O fato de as pessoas fazerem parte de uma mesma sociedade não implica que elas sejam iguais, isto é, que pensem da mesma forma, que tenham as mesmas crenças, que individualmente busquem o mesmo objetivo, que desejem atender às mesmas necessidades, etc., ou seja, cada pessoa, de modo geral, carrega seus próprios valores e suas próprias crenças. Portanto, é natural a constatação de que cada sociedade tem seus interesses próprios,

cada pessoa, de modo individual, tem interesses particulares. A busca por interesses distintos, intra e intersociedades, conduz, de maneira geral, ao surgimento dos conflitos, sendo eles entre indivíduos ou indivíduo e a sociedade¹⁹.

De certa forma, as pessoas apresentam um comportamento que nas quais a falta de ética pode ser facilmente visualizada e implica em dizer que, diante de determinadas situações, independente de sua natureza, elas estão contrariando as normas estabelecidas pela sociedade.

Como já visto, toda e qualquer sociedade guarda seus próprios valores e, portanto, sua própria ética. Apesar da presença da ética em todas as sociedades, tal fato demonstra que determinadas sociedades conseguem proteger seus valores com maior frequência; muitas através da punição. A proteção dos valores éticos deve representar uma decisão que a sociedade precisa tomar em seu conjunto e jamais uma imposição de cima, ou seja, para que esses valores sejam preservados é necessário que a maior parte de seus participantes assim o deseje e que seja educada para tal; que aceite e, mais importante, que a exercite a todo instante.

Com isso, é possível verificar que a ética, enquanto ciência, acompanha tendências da sociedade, pois esta se encontra em constantes mudanças e transformação, levando-se em consideração que hábitos, costumes e valores de toda e qualquer sociedade encontram-se ligados aos contextos históricos.

Entende-se, pois, que a ética é essencialmente humana, pois se origina de toda a complexidade de que se compõe o homem, ser racional que, por vezes, se imprime atitudes irracionais, pelas quais sempre se paga um preço, já que quando intencionais, a justiça lhe aplica correções ou sanções. De outro modo, o ser bom, o ser justo, o ser ético, ser virtuoso é o caminho para se alcançar o bem, ainda que inexista a perfeição. Para tanto, há de se ser bom; há de se ser virtuoso, há de se ser ético.

Entende-se, portanto, que a ética ou moralidade das pessoas induz a comportamentos aceitáveis social e profissionalmente, mediante regras e normas impostas pela sociedade, daí a existência de uma ética social, ética nos negócios, ética na profissão de médico.

O caráter científico da ciência ética, segundo Sanches²¹, se opõe à concepção tradicional que a reduziria a um simples capítulo da filosofia a partir do argumento de que a mesma não elabora proposições objetivamente válidas, mas juízos de valor ou normas (ética normativa). No entanto, a teoria ética pretende explicar a natureza, fundamentos e condições da moral relacionadas às necessidades dos homens, não se justificando a existência de uma ética puramente filosófica, especulativa ou dedutiva, separada da ciência e da realidade

humana moral, desse modo assumindo verdadeira natureza científica, explicando e estudando o mundo moral de forma autônoma própria a um saber científico. No entanto, a ética nunca pode deixar de ter como fundamento a concepção filosófica do homem, como ser social, histórico e criador, assim como seus conceitos de liberdade, necessidade, valor, consciência, socialidade, etc.

Nesse cenário, a ética se relaciona com as ciências do homem, com as ciências comportamentais que se manifestam em diversos planos: psicológico, social, prático-utilitário, jurídico, religioso ou estético, entendimento que conduz ao conceito de ética profissional que, segundo Sanches²¹, é um conjunto de normas de conduta que devem ser postas em prática no exercício de qualquer profissão. Funciona como a ação reguladora da ética, agindo no desempenho das profissões, fazendo com que o profissional respeite seu semelhante quando no exercício de sua profissão. Desse modo, tem-se a ética do advogado, do biólogo, do contador, a ética médica, etc.

Assim, segundo Herkenhoff²², a ética é indispensável ao profissional porque na ação humana o fazer e o agir estão interligados. O fazer diz respeito à competência, à eficiência que todo profissional deve possuir para exercer bem a sua profissão. O agir se refere à conduta do profissional, ao conjunto de atitudes que deve assumir no desempenho de sua profissão. Portanto,

A ética baseia-se em uma filosofia de valores compatíveis com a natureza e o fim de todo ser humano, por isso, "o agir" da pessoa humana está condicionado a duas premissas consideradas básicas pela Ética: "o que é" o homem e "para que vive", logo toda capacitação científica ou técnica precisa estar em conexão com os princípios essenciais da Ética²².

Para o autor, a conduta profissional, muitas vezes, pode se tornar agressiva e inconveniente e esta é uma das fortes razões pelas quais os códigos de ética quase sempre buscam uma abrangência maior e, para tanto, a Ética tem sido o caminho justo e adequado para a organização e imposição de normas das classes profissionais visando o benefício geral.

Uma classe profissional caracteriza-se pela homogeneidade do trabalho executado, pela natureza do conhecimento exigido, preferencialmente para tal execução e pela identidade de habilitação para o exercício da mesma. A classe profissional é, pois, um grupo dentro da sociedade, definido por sua especialidade de desempenho de determinadas tarefas²³.

Nesse sentido, a ética pode contribuir para fundamentar ou justificar o comportamento moral do profissional, em vista das necessidades e interesse sociais que produzem normas de validade universal. A ética seria, pois, uma disciplina normativa que indicaria o melhor

comportamento do ponto de vista moral, desviando de sua finalidade teórica, pela qual sua função fundamental é explicar, esclarecer ou investigar uma determinada realidade, elaborando os conceitos correspondentes, ou seja, a prática moral do profissional, considerada como objeto de sua reflexão e posicionamento diante de determinadas situações.

2.2 A BIOÉTICA

A atuação dos profissionais médicos está voltada para o atendimento de pacientes e usuários de seus serviços profissionais, em todas as suas necessidades psicossociais, físicas e emocionais de recuperação, norteadas pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo o paciente como um ser completo, dentro de uma perspectiva de saúde integral e de melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, a partir de conhecimentos e conceitos relativos à Ética e à Bioética.

Historicamente, segundo Kfoury Neto²⁴, os povos da Antiguidade foram os primeiros a elaborar uma legislação que regresse a conduta profissional da atividade médica. Assim, o Código de Hamurabi (1686-1750 A.C.), elaborado pelo rei da Babilônia, em cujo art. 218 encontra-se a Lei do Talião que previa penas severas como amputação das mãos, entre outras, aos cirurgiões que não tivessem sucesso em seus procedimentos. Igualmente, tinham os cirurgiões punição prevista no Código de Ur-Nammu (2111-2084 a.C.), que no artigo 625 referia-se à responsabilidade do médico - no Código de Manu, da Índia, com data incerta de promulgação, mas calculada aproximadamente entre os anos 1300 e 800 a.C., no Cho-King dos chineses, na Lei de Zoroastro, sendo econômica a penalização.

O Talmude implantou a multa, prisão e imposição de castigos físicos. No Egito, ao lado da elevada posição que desfrutavam, os médicos tinham um livro com regras estabelecidas para seu exercício profissional. Se não as observassem eram punidos com a morte. A Lei Aquilia, entre os romanos, obrigava o médico a indenizar se um escravo morria sob seus cuidados; também o médico que agisse com imperícia ou negligência era exilado ou deportado. Persistiram na Idade Média as pesadas sanções aos médicos.²⁴

No início do século XIX, o Código Civil Francês introduziu a regulamentação dos atos humanos prejudiciais a outrem. A obrigação de indenizar passou a ser consequência de qualquer ato humano, quando causasse dano e, por analogia, os médicos passaram a ser incriminados por sua imprudência ou negligência. Em 1829, a Academia de Paris proclamou a exclusiva responsabilidade moral e não econômica, quase extinguindo a necessidade de o médico indenizar seus erros – salvo erro grosseiro e inescusável²⁴.

Kfour²⁴ afirma que:

Em 20 de maio de 1836, na França, a jurisprudência sobre responsabilidade médica tornou-se palpável através de André Marie Jean-Jacques Dupin, Procurador-Geral da Câmara Civil da Corte de Cassação de Paris, que estabeleceu bem a necessidade de se submeter à apreciação judicial a possibilidade do erro médico.

Afirmava ainda que: "Cada profissão encerra em seu seio, homens dos quais ela se orgulha e outros que ela renega".

Diniz,²⁵ em seus estudos, verificou que os avanços tecnológicos na área da medicina e da saúde resultaram em uma renovação no modo de agir e decidir dos envolvidos com a ciência médica e biológica, haja vista que, além de outros avanços, originou a emancipação do paciente, ou seja, a partir do reconhecimento de seus direitos fundamentais como pessoa, o paciente possui o direito à autonomia da vontade, somente podendo o profissional de saúde intervir, após seu livre consentimento e quando informado quanto ao diagnóstico, prognóstico e processo terapêutico a que será submetido.

Dessa forma, a ética médica, ou bioética, enquanto novo semblante da ética médico-científica possibilita denúncias de abusos e/ou erros cometidos contra o ser humano:

[...] pelas experiências biomédicas; do perigo das aplicações incorretas da biomedicina e da engenharia genética; da incapacidade dos códigos éticos e deontológicos para guiar a boa prática médica; do pluralismo moral que reina na sociedade atual; da maior aproximação dos filósofos e teólogos com os problemas relacionados com a qualidade da vida humana [...]²⁵.

Nesse sentido, a bioética é uma resposta da ética às novas situações oriundas da ciência no âmbito da saúde e que faz parte de um conjunto de normas e regras relacionadas aos direitos dos pacientes – o Biodireito, ou seja, a proteção contra abusos e/ou erros dos profissionais da área da saúde.

2.3 O ENSINO DA ÉTICA E BIOÉTICA

Considerando-se que, segundo Freire, o caráter formador exige do professor uma postura ética, “a prática educativa tem de ser, em si, um testemunho rigoroso de decência e de pureza”²⁶. A valoração e a decisão norteiam todo o processo em que o educador conduz seus estudantes a pensar e a agir de forma adequada segundo os princípios que defende e entende como corretos.

Na realidade, a obra de Freire²⁶ define pensar certo como um pensar ético, assumido como livre de preconceitos e coerente com a prática. Pensando assim, o professor está apto a assumir-se perante seus alunos, expondo suas opiniões políticas e ideológicas, sem, com isso, tentar doutriná-los, mas apenas dando o exemplo de como se posicionar diante do mundo; não existe neutralidade, o que existe são saudáveis divergências de opiniões.

Observa-se que para Freire, a inquietude e a dúvida instigante despertam esperanças e a esperança é o combustível que todos precisam para caminhar rumo a um futuro melhor, conscientes de que aquele que exercita sua liberdade ficará tão mais livre quanto mais eticamente vá assumindo a responsabilidade de suas ações; e a autonomia brota desse exercício consciente que requer persistência, autenticidade, limites e respeito pelo outro.

Freire também aborda com propriedade a questão do pragmatismo, que vem ganhando espaço cada vez maior nas salas de aula, através do distanciamento do professor que, muitas vezes, se fecha na sua condição de “dono da verdade”, assim como todo o corpo docente age de maneira muito mais técnica e científica do que formadora. Assim, antes de ser um grande conhecedor de métodos, o professor deve, pois, ser um intelectual comprometido com o aspecto ético-político da educação, mas acima de tudo um intelectual que tenha consciência da especificidade do seu trabalho, ou seja, ensinar.

Nesse sentido, Schmidt *et al* afirmam que a prática pedagógica pressupõe uma relação teórico-prática, já que a teoria (conjunto de idéias constituído pelas teorias pedagógicas) e a prática (conjunto dos meios, ou seja, o modo pelo qual as teorias são colocadas em ação pelo professor) encontram-se em uma unidade indissolúvel. No entanto:

No cotidiano da atividade docente, as ações parecem acontecer sem dúvidas nem reflexões, num ativismo sem precedentes, o qual pode levar o professor a alienar-se do seu trabalho e dos seus pares, correndo o risco de não se conhecer no que realiza. Embora haja nele certa consciência – mesmo débil – em relação à sua prática, esta tende a desaparecer pelo caráter mecânico e burocratizado dessa prática²⁷.

Já Perrenoud²⁸ define:

O professor profissional é uma pessoa autônoma, dotada de competências específicas e especializadas que repousam sobre uma base de conhecimentos racionais, reconhecidos, oriundos da ciência, legitimados pela Universidade, ou de conhecimentos explicitados, oriundos da prática.

Portanto, pode-se dizer que as competências do professor supõem o profissionalismo, a reflexão prática, o agir na urgência e o decidir na incerteza e a aquisição de novas competências para ensinar.

Observa-se, que a indicação dos autores envolve uma conscientização crítica e um estudo sério da realidade onde o médico vai atuar e, nesse sentido, é importante uma reformulação do processo de formação desse profissional para sua atuação diante da realidade, fato que se constitui um desafio, haja vista que a formação desses profissionais deve aliar o conhecimento teórico e técnico à realidade prática da profissão e demandas da população ou comunidade onde esse profissional vai atuar.

Para Giovanella e Fleury²⁹, a humanização do processo ensino-aprendizagem deve ser vista como um dos imperativos do nosso tempo, pois o que se observa é “a ênfase da dimensão intelectual ou cognitiva, em detrimento quase que total das dimensões ética, emocional e social que integram a totalidade da pessoa humana”.

O objetivo último desse processo educacional é o desenvolvimento global, harmônico, holístico, da pessoa como unidade cognitiva e emocional, pois:

Ao valorizar a humanização das relações interpessoais, estamos facilitando o crescimento intelectual e emocional do ser humano, pois, para isso, acionamos habilidades e competências para o estabelecimento de relações construtivas, no sentido de obtermos a compreensão e a aquiescência de quem precisa de ajuda. Em situações onde se possibilita ao aluno perceber-se enquanto pessoa e mostrar-se não somente como profissional, sua participação no processo é intensificada e valorizada, sendo que essas experiências são reconhecidas como contribuições significativas para sua formação.

Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano³⁰.

Nas instituições de saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido, sem dúvida, uma série de benefícios, ainda que não assegure atendimento humanizado. No entanto, as pessoas, muitas vezes, são tratadas como objetos de intervenção. Por outro lado, em muitos hospitais é justamente a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais que torna a qualidade do atendimento desumanizada, falta que põe em confronto, muitas vezes, os profissionais e os usuários, estabelecendo uma relação desrespeitosa, muitas vezes extrapolando a ética profissional, o que piora as condições já existentes³.

De acordo com Pitta³¹, as inovações tecnológicas usadas na saúde aumentam a produtividade do trabalho. Dessa forma, um trabalhador da saúde pode assumir outras atividades e cuidados que antes não podia executar.

Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma

prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites³².

No entanto, para Giovanella e Fleury, existem dificuldades a serem transpostas quando se fala em trabalhar questões pessoais na formação de profissionais. Vários estudos apontam elementos concretos dessas dificuldades, mostrando que esse movimento é carregado de resistências internas, medo de lidar com as emoções e sentimentos e, geralmente, é deixado de lado, em função do atendimento dos aspectos técnicos a serem considerados, prioritariamente, no atendimento em saúde²⁹.

Cohn³³ ressalta que as estratégias a serem adotadas devem prever o envolvimento do aluno no processo ensino-aprendizagem, de modo a comprometê-lo como sujeito ativo da elaboração do conhecimento teórico, partindo de vivências individuais e coletivas. Tais estratégias devem consistir da construção de peças teatrais e inventos, dramatizações, painéis, aulas dialogadas, observação em campo, entrevistas gravadas, sempre com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento dos vários conceitos discutidos no conteúdo programático da disciplina, objetivando o autoconhecimento, ou seja, os conteúdos devem sugerir que a disciplina contribui para o despertar de si mesmo e para melhor visualização de mundo, levando ao crescimento pessoal.

Os conteúdos das disciplinas devem auxiliar na compreensão de si mesmo e do outro, valorizando o relacionamento interpessoal, enquanto pessoa e profissional, de forma harmoniosa, integrada e completa, deixando evidente que o aprendizado torna-se mais sólido e mais bem assimilado quando vem ao encontro de necessidades pessoais de auto-realização.

Pesquisa realizada sobre o tema atesta que a aprendizagem torna-se mais significativa quando envolve o desenvolvimento global do ser humano, em uma visão holística com fundamentação humanística.

Para Stacciarini e Esperidião³⁴, a abordagem disciplinar deve envolver, também, o conhecimento do outro - as expressões dos sujeitos, valorizar a interrelação e a compreensão do ser humano a partir da visão holística de homem: na relação com o paciente, no modo de ver a pessoa e o indivíduo como um todo; a disciplina deve ajudar a entender o ser humano como pessoa e não como doença, haja vista que em todas as ocasiões se está lidando com a saúde mental das pessoas, o que influencia na saúde do corpo como um todo.

Portanto, ensinar ética é certamente bem mais difícil do que ensinar aos alunos do Curso de Medicina, tomando-se como exemplo os aspectos teóricos e técnicos da profissão e,

parafraseando Freire, ensinar exige uma postura ética que conduz os estudantes ao pensar e ao agir certo²⁶.

2.4 A ÉTICA /BIOÉTICA NA FACULDADE DE MEDICINA

O ensino de ética e bioética no curso médico tem sido motivo de intensos debates nos últimos anos. Esse fato é motivado porque vem ocorrendo nos campos sociais, culturais, econômicos, tecnológicos e políticos. Faz-se imperioso melhor qualificar a formação ética do profissional médico por ser essencial em seu labor cotidiano, bem como no relacionamento com pacientes e seus familiares e a comunidade em geral, além do que o século XXI pede profissionais habilitados para a tomada de decisões prudentes frente aos dilemas morais relacionados à saúde humana. O propósito central deste ensaio é o de discutir as alternativas de ensino da ética e bioética no curso de medicina.

Expõe Siqueira³⁵ que uma pesquisa efetivada em 103 faculdades de medicina no Brasil apurou que a totalidade das faculdades pesquisadas possuía a disciplina Ética em suas grades curriculares, no entanto apresentada como matéria independente em 37,7% das faculdades e incluída concomitantemente a outras disciplinas em 62,3% das instituições pesquisadas, principalmente junto à disciplina Medicina Legal (81,5%) e, ainda, que a disciplina tem sido ministrada em um único ano de graduação, em particular no 4º (em 27,8% das escolas) e nas restantes entre o 3º, 4º ou 5º ano; estendem-se por dois anos em 11% das escolas, três anos em 2,2% e em apenas 3,1% delas por todos os seis anos da graduação.

Relativamente à carga horária, a pesquisa verificou que é de 45 horas em 65,4% das instituições pesquisadas e mais de 76 horas em 9,1%. Em 41,7% dos casos há um professor de ética; dois em 7,4% dois e em 14,6% não havia um, sendo a disciplina ministrada por outros docentes. Em relação ao ensino, os principais métodos são aulas magistrais, mesas-redondas, discussão de casos e apresentação de seminários; a avaliação é realizada, principalmente, por prova escrita dissertativa (77,5%), apresentação de seminário (60,7%), prova escrita com testes (58,4%) e trabalho com tema escolhido pelo professor (56,2%).

Por sua vez, Dantas e Souza³⁶ expõem que as temáticas mais abordadas nos cursos de medicina em relação à disciplina de ética médica são:

- Responsabilidade profissional 73%; 97,8%;
- Segredo profissional 64% 96,6%;
- Relação médico-paciente/direitos do paciente e do médico 50% 91% e 88,8%;
- Ética do final da vida e transplantes 38% e 26% 88,8%;

- Exercício lícito e ilícito da Medicina 24% 89,9%;
- Deveres fundamentais do médico/Código de Ética Médica/relacionamento com colegas e entidades médicas (Comissões de Ética e Conselhos de Medicina) 42% 83,1%;
- Ética do início da vida 38% 87,6%;
- Remuneração profissional do médico 26%;
- Princípios da bioética 87,6%;
- Pesquisa com seres humanos 86,5%.

Segundo Siqueira³⁵:

É importante destacar ainda a diferença entre o processo natural de aquisição do senso ético, que leva à maturação e a eficácia do ensino de ética nas universidades. Assim, estudo com 92 estudantes avaliados quando de seu ingresso no curso e ao final do terceiro ano da graduação, mostrou que não houve mudança no senso moral e ético no período estudado, por não ter ocorrido o processo de maturação esperado. Outros estudos mostraram resultados conflitantes: ocorreu uma diminuição da sensibilidade ética dos estudantes com o passar do curso de graduação (Herbert *apud* Patenaude e cols.); pareceu que alguns alunos mantiveram o mesmo comportamento durante o Curso; e trabalhos que demonstraram um aumento na sensibilidade ética, além de atitudes positivas diante de intervenções educacionais.

Para o autor, a rotina de aprendizado no curso de medicina possibilita o aprendizado crítico e a percepção do senso ético por meio de estudo de casos, exemplos e modelos estudados ao longo de todo o curso:

Assim, é na rotina que os estudantes (graduandos e residentes têm seu senso ético posto à prova). Um estudo com 128 alunos de medicina mostrou que 64% deles haviam tido contato, em situações práticas de atendimento, com casos nos quais havia questões éticas envolvidas. Os temas referentes a essas questões eram relacionados ao aprendizado da medicina (36,1% na atuação sem supervisão), à prática médica (59,9% em comunicar um mau prognóstico ao paciente, em negligenciar e desrespeitar o paciente) e a questões éticas e legais (7% na relação profissional entre colegas e condições precárias de atendimento). Apenas 44,4% dos estudantes tiveram oportunidade de discutir esses conflitos e quando o fizeram contataram outro colega ou residente. Outro estudo demonstrou que 47% de 108 estudantes reportaram que se sentiram pressionados a agirem de forma não ética. Quando perguntados se haviam presenciado um professor agindo de forma não ética, 61% responderam afirmativamente.

Observa-se, assim, que o professor/mediador do ensino torna-se o principal exemplo de ética, pelo que o exemplo se constitui em importante ferramenta do ensino da disciplina Ética, além do que a sala de aula pode também se concretizar, para o professor e alunos, como a oportunidade de aprendizado da ética.

2.5 ENSINO E ASSISTÊNCIA

A relevância da educação em ética médica na formação do profissional de Medicina tem sido cada vez mais reconhecida em todo o mundo. No Brasil, a Resolução nº 08/1969 do Conselho Federal de Educação (CFE) tornou obrigatório o ensino da deontologia nas escolas médicas.

Com o objetivo de avaliar a evolução do ensino da ética em escolas médicas brasileiras, foi realizada uma revisão sistemática dos levantamentos nacionais sobre o ensino das disciplinas Deontologia, Ética Médica ou Bioética, publicados nos últimos 30 anos. Foram localizados três estudos, publicados em três diferentes décadas, que demonstraram estagnação no número de disciplinas específicas para a ética médica ao longo do tempo, baixa carga horária reservada ao seu ensino e reduzido número de professores exclusivos, em sua maioria vinculada à especialidade de medicina legal. Os temas de responsabilidade profissional e segredo profissional foram os mais abordados, sendo o conteúdo ministrado principalmente em aulas expositivas e discussão de casos.

A importância da educação em ética médica nos cursos de graduação exige seu ensino em todos os períodos por docentes com vivência profissional e conhecimentos na área de ciências humanas, de forma integrada com outras instâncias responsáveis por aspectos éticos nas instituições, com o objetivo de formar profissionais eticamente competentes para o melhor exercício da ciência e arte da medicina.

De acordo com o que expõe Lima³⁷, entende-se que as funções dos profissionais médicos são bastante diversificadas e compreendem atividades tanto de natureza simples, quanto de natureza complexa, cujo desempenho requer a utilização de pessoal profissional com conhecimento científico, capacidade de análise, julgamento e decisão, devendo o profissional estar capacitado a exercer atividades de maior envergadura, para o que é imprescindível a formação e a fundamentação teórica, aliada à capacidade de liderança, discernimento, trabalho, iniciativa e responsabilidade, demonstrando não somente aprimoramento técnico-científico como também, atitude humana, habilidade e sensibilidade ao atuar em situações de sobrecarga emocional, assim não podendo atuar de forma negligente, imprudente ou com imperícia.

A negligência, do latim *neglegentia* (de *neglegera*) tem característica omissiva – é um ato de omissão aos deveres que um caso exigir – seria uma abstenção do comportamento indicado para aquela situação – um não agir (inação, inércia, indolência, preguiça psíquica); a imprudência, do latim *imprudencia*, tem característica comissiva – é um ato precipitado,

intempestivo, irrefletido – seria um agir sem a cautela necessária no caso; a imperícia, do latim *imperitia* (de *imperitus*), se caracteriza por um agir sem conhecimentos técnicos suficientes ou com má aplicação dos conhecimentos que possuir – seria uma falta de maestria na profissão – é um agir incompetente, inábil²⁴.

Nesse sentido, o autor indica e sugere que os processos de formação dos profissionais de saúde devem abranger 1) o pensamento crítico (ética e bioética) e produtivo (conhecimento técnico com base na teoria x prática); 2) o ensino em consonância com o serviço; 3) a conscientização do futuro profissional em relação à realidade da população; 4) a autonomia individual e coletiva e 5) a aprendizagem voltada para os problemas da população assistida, de modo que o profissional possa atuar como um sujeito transformador da realidade.

Dessa forma, existe a necessidade de complementação do conhecimento adquirido ao longo do curso de graduação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para áreas específicas do conhecimento, haja vista que a formação generalista não permite conceber que os egressos dos cursos de graduação adquiram conhecimentos suficientes para atuação profissional ao longo da vida.

Considera-se, ainda, que a velocidade com que as tecnologias de procedimentos e de produtos se impõem impressionam e exigem dos profissionais da saúde atualização contínua, em vista dessa dinâmica científica e tecnológica, além das questões atuais que levam em conta os direitos dos pacientes, que têm como base a ética profissional (Bioética), considerando-se que a função peculiar dos profissionais de saúde, segundo Silva e Fontes³⁸, é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, na família ou na comunidade e no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde das pessoas, com o devido respeito aos direitos dos pacientes aos quais assiste.

Desse modo, cabe ao médico, assim como a todos aqueles que se propõem a responder à Ética, uma deliberação extremamente prudente em dois sentidos de registros: o da generalidade, em que se inserem os inúmeros casos semelhantes ou afins e o da particularidade, que é inequívoca e concernente a cada caso³⁹.

Nesse cenário, entende-se que os aspectos éticos estão estreitamente relacionados aos de ensino e assistência, haja vista que desde Aristóteles (século IV a.C), define a Medicina, tal como a Ética, as ciências poiéticas ou práticas, ou seja, aquelas que por serem diferentes das ciências teóricas não se referem a realidades necessárias e eternas, mas sim que dizem respeito às ações humanas e, nesse sentido, Dantas e Souza³⁶ afirmam que o ensino da ética na área da pesquisa médica é fundamental para a formação profissional, entendendo os

autores que as pesquisas são a base essencial para a prática médica, ou seja, para a assistência aos pacientes.

Observa-se assim que, de acordo com o que expõe Boltanski⁴⁰, a medicina é uma profissão única que conseguiu desenvolver uma base sólida e exclusiva, com um mercado de trabalho forte e exigindo credibilidade social justamente pelos aspectos éticos envolvidos na área de pesquisa, ensino e assistência:

Durante a sua história a medicina conseguiu adquirir poder, e graças a sua relação com o Estado e as reivindicações das corporações, esta profissão se consolidou. Aos médicos foi dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim eles detêm um monopólio de uma profissão, onde só eles podem elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médico-sociais. Sobretudo, é uma profissão de consulta, com elaboração de critério, controlando as pessoas que irão atuar nesta área de cura.

Evolutivamente, o Brasil criou o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), que é um sistema de informações via internet sobre pesquisas envolvendo seres humanos, cujos usuários são os pesquisadores, além dos Comitês de Ética em Pesquisas (CEPs); e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), responsável pelo desenvolvimento do sistema, e a população em geral.

2.6 MODELOS DE EDUCAÇÃO EM BIOÉTICA: MODELO NORMATIVO OU DEONTOLÓGICO

Para a maioria dos cursos de medicina ainda prevalece o modelo de ensino de ética/bioética conduzida pela disciplina de deontologia, em que a matéria é apresentada como um elenco de normas estatuídas para dar respaldo moral às tomadas de decisões profissionais. Com um arcabouço bem definido de normas, não passíveis de questionamentos, os docentes apresentam aos alunos regras de conduta a serem obedecidas.

Esse modelo de atitude, cativa de código e normas, caracteriza uma situação de imobilismo moral que transforma médicos e pacientes em vítimas passivas de instrumentos legais que os obrigam a permanecerem estacionados na incômoda posição de menoridade cidadã⁴¹. Nessas circunstâncias, não é raro que alunos considerem um exercício inútil o debate de temas éticos, argumentando que não há porque discutir questões relacionadas a dilemas morais decorrentes de enfermidades graves, pois contam com soluções já previamente definidas pelas normas codificadas em vigor.

A história, entretanto, mostra que os códigos de normas têm vigência restrita no tempo

e dependem essencialmente de mudanças conceituais e comportamentais da comunidade humana. Até o século XIX, a escravidão de negros era prática social moralmente aceita no Brasil. As normas legais então vigentes consideravam os escravos como qualquer mercadoria, passível de transações comerciais, o que autorizava seus proprietários a negociar a compra e venda de seus corpos como bem lhes aprouvessem⁴¹.

Ao serem consideradas as tomadas de decisões na área médica, torna-se pouco razoável, na atualidade, pedir que profissionais acatem passivamente normas que não encontram amparo científico e/ou moral. O mesmo Código Penal, que proíbe a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal, autoriza o abortamento de fetos normais em circunstâncias de gravidez resultante de estupro. O modelo deontológico de educação mostra-se, portanto, instrumento pouco adequado para capacitar estudantes para a difícil tarefa de tomar decisões frente a dilemas morais.

2.7 AUTONOMIA

2.7.1 Autonomia/ Livre Arbítrio

No nascimento da bioética, um dos princípios de maior peso foi o da autonomia, que diz respeito à capacidade de a racionalidade humana fazer suas próprias leis, ou seja, é a capacidade que as pessoas têm de se autogovernar, de escolher, de avaliar suas possibilidades, direitos e deveres sem restrições internas e externas. Esse princípio encontra aplicação prática nas regras de conduta social, tais como respeitar a privacidade dos outros, fornecer informações corretas, pedir e obter permissão para intervir no corpo das pessoas⁴². É nesse arcabouço que se encontram as raízes do consentimento informado. Porém, suas referências remontam ao passado, como pode ser visto a seguir.

2.7.2 História e Problemática

No sentido mais amplo, esse princípio pode ser inscrito no início da modernidade da primeira comunidade cristã, quando esta construiu sua autocompreensão, rompendo com a tradição anterior, essencialmente pagã. No período anterior ao pensamento cristão pode-se falar de autonomia se ocorrer a busca pela compreensão de que o processo de autonomização consiste na progressiva liberação das explicações puramente místicas, que conferiam às forças naturais poderes que intervinham na vida humana e que os homens deveriam conjurar ou

tornar favoráveis aos seus próprios desígnios. Em sentido mais estrito, vincula-se à relevância que o sujeito assume na modernidade, inseparável da reivindicação da liberdade de pensamento, da hegemonia da razão frente aos dogmas religiosos e ao peso da tradição⁴³.

Os conceitos de autonomia e livre arbítrio do paciente pouco fazem parte da história antiga da ética médica. O juramento de Hipócrates, por exemplo, sequer os menciona: ele se centra no dever de beneficência do médico. No século XIX, Claude Bernard, fundador da medicina moderna, os ignora completamente. De acordo com este autor, é da alçada do médico e do pesquisador julgar o que devem fazer, sendo o melhor para o doente. A visão da época é predominantemente absolutista, ou seja, vale a conduta do médico, independentemente do conhecimento ou do consentimento do paciente. Eles têm a sua consciência: devem assumir suas responsabilidades, pouco importando aqueles que não os entendem⁴⁴. O Código de Nuremberg (1947)⁴⁵, logo após o processo dos médicos nazistas, insiste na liberdade de os doentes se submeterem ou não a uma experimentação que os tome como objetos, porém não parece ter tido influência imediata.

Para retomar uma expressão consagrada, a tradição médica é, sobretudo, “paternalista”. Em 1950, o Doutor Louis Portes, presidente da Ordem dos Médicos Franceses e autoridade moral em sua época, escreve:

Para condensar em uma simples fórmula nossas observações psicológicas sobre o paciente, no período que precede seu primeiro contato com o médico, eu direi que ele não é senão um brinquedo, quase completamente cego, muito dolorido e essencialmente passivo; que tem um conhecimento objetivo muito imperfeito de si mesmo; que sua afetividade é dominada pela emotividade ou pela dor e que sua vontade não se baseia em nada sólido⁴⁶.

Por isso, continua Portes, fixando uma fórmula que se tornou célebre, “todo ato médico não é, não pode e não deve ser senão uma confiança que se une livremente a uma consciência”. O médico tem de ter consciência e ser competente e o doente deve ter confiança⁴⁷.

O mesmo paternalismo se encontra na literatura anglo-saxã, como mostram os trabalhos do sociólogo americano Talcott Parsons na mesma época. Diante do médico que possui conhecimento técnico, julgamento, estatuto profissional e, portanto, autoridade, o paciente desempenha apenas um papel de dependência. Ele deve se deixar tratar para recuperar a saúde e tornar-se novamente produtivo. Sua colaboração é exigida sob tal perspectiva⁴⁷.

Os códigos de deontologia médica e da enfermagem do segundo terço do século XX indicam a obrigação de o profissional conseguir o consentimento do doente e, portanto, de informá-lo previamente⁴⁸. Contudo, eles contêm, paralelamente, restrições que atenuam ou quase contradizem esse belo princípio. Por exemplo, o código de deontologia médica de 1979, que retoma substancialmente o conteúdo de seu paralelo belga de 1975:

Por razões legítimas que o médico aprecia em consciência, um doente pode ser deixado na ignorância de um diagnóstico grave. Um prognóstico fatal não deve ser revelado senão com a maior circunspeção, mas a família deve geralmente ser prevenida, a menos que o doente tenha previamente proibido essa revelação, ou designado às pessoas as quais ela deve ser feita (art. 42).

Herdeira das filosofias políticas do século XVIII (Locke, Rousseau), uma mudança cultural importante ocorreu durante as últimas décadas no Ocidente, mudança que enfatiza a primazia do indivíduo sobre o Estado e as instituições. Alimentada pela onda social em favor dos direitos da pessoa, essa corrente talvez tenha chegado ao mundo da saúde na França pelo vetor das intervenções cirúrgicas em que, contrariamente ao ato médico, o consentimento do doente era julgado necessário desde o final do século XIX pelos autores de moral médica⁴⁹. Ele se impôs nos Estados Unidos pela via dos tribunais.

Desde os anos 1950, as Cortes americanas começaram a reconhecer que o princípio do indivíduo senhor de sua vida e de suas decisões deveria ser estender ao domínio da relação médico-paciente. Ao estatuir que o domínio médico não fosse exceção à regra geral da autonomia da pessoa, o poder judiciário transformava a prática dos tratamentos de saúde. A consequência disso é que cada pessoa deve ser considerada dona de seu corpo e, se tem espírito são, pode expressamente recusar uma terapia que salvaria sua vida ou qualquer outro tratamento médico. É essa visão legal do conceito de autonomia que permite à testemunha de Jeová, adulta, recusar-se fazer uma transfusão de sangue que lhe salvaria a vida⁵⁰.

Esse princípio ocupa hoje a frente dos debates tanto nos Estados Unidos como na Europa⁵¹. A prioridade, e ainda mais a exclusividade, geralmente acordada a esse princípio nos Estados Unidos é cada vez mais criticada. Trata-se de um desafio conciliar o respeito à autonomia do paciente e o dever de beneficência do profissional. O médico não pode ser obrigado a concordar com tudo o que se pede, em especial nas situações que julgar sem valor para o paciente ou contraindicado.

2.7.3 Conceitos

Comumente, autonomia e livre arbítrio (ou autodeterminação) são tidos como sinônimos. Identifica-se praticamente também a perspectiva ética e a perspectiva jurídica: o direito recorrendo à ética e a bioética citando numerosos artigos das leis civis e criminais.

Thomas Hobbes, nos princípios da Idade Moderna, retoma a discussão do conceito de liberdade, em polêmica com a noção de livre arbítrio, como forma de negação da “liberdade de querer” e a afirmação da “liberdade de fazer”. Hobbes identifica a vontade com o apetite, afirmando que não se pode deixar de querer o que se quer (não se pode deixar de ter fome quando se tem fome), porém se pode fazer ou não o que se quer (comer ou não comer quando se tem fome), existindo, portanto, uma liberdade de fazer, e não uma liberdade de querer⁵².

Em um artigo publicado, Gilles Voyer distingue cinco níveis de autonomia: física, social, psíquica, legal e ética⁵³. Os aspectos legais e éticos merecem maior foco.

No direito, o conceito de autonomia se reduz ao de autodeterminação. Ele pode ser definido como “a capacidade de fazer as próprias escolhas e realizar atos sem coações”⁵⁴, ao menos sem coações outras que as impostas pela lei. Ou ainda, segundo Tristram Engelhardt⁵⁵, é “a liberdade de fazer o que me convém desde que eu não faça outrem sofrer algo que não conseguiu”. A noção de autonomia passa pela definição da aptidão e da inaptidão.

Assim, a autonomia ou autodeterminação é considerada um direito possuído por toda pessoa adulta ponderada ou por seus representantes, no caso de a própria pessoa ser legalmente incapaz ou psiquicamente incapacitada⁵⁶. Esforçando-se para precisar em que consiste essa aptidão em consentir, diversos autores (juristas ou não) destacam três elementos essenciais:

- a capacidade de uma pessoa de compreender as explicações fornecidas e as implicações do ato;
- a capacidade de deliberar sobre as escolhas possíveis em função de seus valores e das metas que ela persegue;
- a capacidade de expressar claramente a própria escolha⁵⁶.

Mac Intyre divide a autonomia em três tipos: do pensamento, da vontade e da ação. A do pensamento inclui a capacidade de tomar decisões e fazer juízos críticos. A da vontade é a possibilidade de deliberar a partir da liberdade que se tem para decidir, enquanto a relativa à ação resulta da junção da primeira e da segunda e sofre restrições, uma vez que se vive em sociedade, onde pode ocorrer a possibilidade de haver impedimentos de ordem interna ou externa⁵⁷.

A autonomia, como capacidade humana, não anula a influência de forças externas nem de ações baseadas em impulsos, envolve graus e possui três elementos: a determinação, a independência ou liberdade e a razão. O primeiro, a determinação, faz com que o indivíduo tenha consciência de seus desejos e busque satisfazê-los. Essa capacidade é que distingue seres humanos de objetos e de animais – esses últimos demonstram necessidades, mas não possuem a consciência de si, como portadores de tais necessidades e que precisam, para efetivá-las, partir para uma ação planejada.

O segundo é a independência ou ausência de influências controladoras. Pessoas que vivem sob situações coercitivas e/ou manipuladas têm pouca ou nenhuma capacidade de autonomia que, para ser exercida, requer um leque razoável de opções. Mesmo considerando que influências externas sempre existirão, as que danificam a autonomia são aquelas que incluem a coerção e a manipulação. Vale considerar que, segundo Engelhardt Jr.⁵⁵, que defende a teoria dos estranhos morais, cada pessoa tem sua vida e concepção moral legítima embasada nos princípios e hierarquias da comunidade moral. Portanto, ninguém teria o direito de impor aos outros seus estilos de vida e concepções sobre o que é o bem ou o mal, nem o de limitar a expressão de tais concepções.

O terceiro elemento diz respeito à capacidade de tomar decisões baseadas na razão, o que faz com que os homens tenham capacidade de reflexão e tomem decisões alternativas. Essa identificação entre a vontade e a razão é o que pode tornar o homem um ser inteiramente livre. Ela dá origem a uma noção que se perpetua na tradição ocidental como princípio fundamental da vida moral e da identidade pessoal: a autonomia⁵⁸.

Na ética, a questão é muito mais complexa. O emprego atual da palavra remonta, sobretudo, ao filósofo Immanuel Kant. Partindo da etimologia, afastando-se do sentido político usado pelos filósofos gregos e retomados por Rousseau (autonomia de um Estado em relação a outro), Kant interioriza e amplia o conceito. A autonomia (do grego *autó-nomos*: dar a si mesmo as próprias leis) é a propriedade do agente racional “que só se determina em virtude de sua própria lei, que é a de se conformar ao dever ditado pela razão prática”.

A ideia fundamental é a seguinte: na deliberação referente à ação, não se deve apenas debater a prudência dessa ação com o fim de saber se ela é um meio apropriado para a obtenção de algum fim desejado, mas se deve também determinar se ela é intrinsecamente justa ou moralmente correta^{59,61} “A capacidade psíquica refere-se à capacidade de compreender e de avaliar a natureza e as consequências de uma decisão”.

Kant opõe a autonomia à heteronomia. Nesta última, a vontade está determinada pelos propósitos da faculdade de desejar. Portanto, a vontade de um indivíduo é autônoma quando

for regulada pela razão. É heterônoma quando estiver sob o domínio da disposição de desejar ou então dos ideais morais da felicidade ou da perfeição que supõem a heteronomia da vontade, já que está determinada pelo desejo de alcançá-los e não por uma lei própria. A liberdade virtual do indivíduo apareceria na medida em que a vontade se iria tornando independente da influência do desejo^{52,62}.

Ainda segundo Kant, o princípio de autonomia exige que “sempre se faça a escolha de tal modo que as máximas de nossa escolha sejam compreendidas ao mesmo tempo como leis universais”. A autonomia remete, portanto, à capacidade ou à responsabilidade de buscar o que constitui o bem, o que é racionalmente ético⁶². “Uma vontade livre e uma vontade submetida a leis morais são, por conseguinte, uma única e mesma coisa”.

De forma similar, Gilles Voyer, inspirando-se em Aristóteles interpretado pelo filósofo contemporâneo Paul Ricoeur, define a autonomia como “o pleno desenvolvimento da capacidade humana de fazer o bem”. Isso pressupõe a existência, em todo ser humano, de uma capacidade fundamental de escolher o bem. A autonomia, no pleno sentido do termo, é o desenvolvimento desse potencial que ocorre em três âmbitos: a preocupação consigo mesmo, a preocupação com outrem e a preocupação com cada um⁵³.

A preocupação em si mesmo não é a livre expressão do desejo, a dimensão emocional, o egoísmo; é o desenvolvimento de nossa capacidade de harmonizar em nós mesmo o jogo entre desejo e razão. A preocupação com o outro designa a capacidade humana de agir com benevolência mútua. A preocupação com cada um indica a capacidade humana de agir de maneira justa e equitativa⁵³.

Jeremy Bentham e Stuart Mill, utilitaristas e conceituados pensadores em respeito ao princípio, também mostraram preocupação com relação à autonomia ou, como preferiam, à individualidade de ação e pensamento. Argumentaram que o controle social sobre as ações individuais é legitimado somente se for necessário prevenir dano para outros indivíduos, sendo que as pessoas deveriam ter permissão para desenvolver suas potencialidades de acordo com suas próprias convicções. Uma pessoa com um verdadeiro caráter é genuinamente individual, enquanto que uma pessoa “sem caráter” está sob controle de influências da Igreja, do Estado, do País ou da família (que são paternalistas). Logo, assim como Kant, essas filosofias são aliadas em um suporte para o respeito ao princípio da autonomia⁵².

Porém, apesar de semelhantes, tem divergências: na tradição kantiana a autonomia é considerada como propriedade constitutiva da pessoa humana que, enquanto autônoma escolhe suas normas e valores, faz projetos, toma decisões e age em consequência. Já a tradição utilitarista de Bentham e Mill (que privilegia a autonomia porque esta maximizaria

em longo prazo o bem-estar geral), embora preserve a identificação entre autonomia e liberdade individual, não se embasa na vontade, mas no agir útil. Essa diferença tem consequência importante porque, conforme a concepção kantiana, infringir o princípio da autonomia consiste em violar a própria pessoa, ao passo que na concepção utilitarista infringir este princípio pode justificar-se tendo em conta outros objetivos desejáveis, úteis à própria pessoa e, portanto, justificáveis em alguns casos do ponto de vista bioético⁶³.

Na bioética, em relação ao paciente, ao sujeito, ao cidadão, respeitar a autonomia de outrem não é apenas recorrer à sua autodeterminação, mas ajudar essa pessoa a ir ao limite de si mesma, ajudá-la a descobrir e a escolher o que está de acordo com o sentido do respeito à dignidade humana⁶⁴. Observe-se que isso não justifica a menor pressão sobre o paciente. Há uma fronteira tênue entre impor e ajudar, contudo ela é possível e essencial.

Há necessidade de uma enorme prudência e o ideal é um equilíbrio entre o princípio de autonomia e o princípio de beneficência. A autonomia de uma pessoa comporta inúmeras condições: saúde, cultura, educação, situação material, estado psicológico. Sob o pretexto de que todo adulto é autônomo, é fácil demais explorar as pessoas por individualismo em uma sociedade desigual. O respeito à autonomia da pessoa exige que ela seja ajudada a sempre promover em si e em outrem essa autonomia, por mais precária e mutável que seja. É uma questão de razão (Kantiana), mas também de amor: pois o que é o amor senão a disposição a auxiliar o desenvolvimento do outro, portanto, de sua autonomia? Essa atitude de respeito benevolente em relação à alteridade e à diversidade pode ser estendida também para além do mundo das pessoas⁶⁵.

O filósofo francês Paul Ricoeur diz, em relação ao consentimento na ética da pesquisa: a regra do consentimento informado “implica que o paciente seja não apenas informado, mas também associado a título de parceiro voluntário à experimentação, mesmo que consagrada unicamente à pesquisa”⁶⁶.

Na bioética, o respeito à autonomia inclui, portanto, tudo o que o direito diz sobre a autodeterminação e acrescenta a atenção ao bem do outro e aos outros, a preocupação com cada um, a atitude que ajuda⁶⁷.

Por fim, constata-se a existência de várias características relacionadas à definição de autonomia, porém aquela que é repetida com mais frequência diz respeito à racionalidade. Portanto, o conceito de autonomia implica em algumas concordâncias, tais como: racionalidade, capacidade, independência de controles externos e internos, liberdade de opção e submissão ao seu próprio plano de ação. Miller, Almeida, Beauchamp e Childress reforçam tal perspectiva sinalizando a questão do entendimento: se não houver entendimento da

situação, não haverá autonomia^{63,68,69,70} Do exposto, se depreende que a autonomia é um dos sustentáculos dos direitos fundamentais do homem e, especificamente, dos seus direitos de personalidade, previstos nas cartas magnas nacionais que consagram o exercício da cidadania, a exemplo da Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre outros^{71,72}.

2.7.4 Natureza do consentimento livre e esclarecido

O princípio da autonomia é fundamentalmente ético porque remete ao sentido da pessoa e da sociedade. É um princípio ético que o direito retoma esclarecendo, reforçando e, às vezes, endurecendo. A ética funda a exigência do consentimento livre e informado, enquanto o direito (leis, jurisprudências) estabelece o conteúdo. Além disso, enquanto a exigência ética se baseia apenas na convicção dos sujeitos, o direito dá força a certas partes dessa exigência. Mas, por outro lado, o direito às vezes endurece a exigência ética. O Código Civil do Québec, como exemplo prático, enuncia que, no caso de incapacidade de um adulto maior de idade em permitir os tratamentos, o consentimento pode ser dado pelo mandatário, pelo tutor ou curador; na falta disso, pelo cônjuge, ou na falta de todos esses, por uma pessoa que demonstre um interesse particular⁶⁷.

2.7.5 O Direito de saber e de decidir: consentimento livre e esclarecido

Em correlação com o dever de informação, incumbência do profissional, situa-se o direito de o doente ou de o participante de pesquisa de saber e de decidir. É importante distinguir cuidadosamente duas situações que se apresentam: a do paciente apto que pode dar um consentimento livre e informado; e a do paciente incapaz ou incompetente, que pede então um consentimento substituído.

Consentimento livre e informado: em uma situação normal, em relação a um adulto capaz de dirigir a própria vida, o princípio do livre arbítrio exige a concordância dele a todo tratamento médico ou paramédico e a qualquer ensaio experimental. A ética exige isso em nome do respeito à pessoa. Os códigos de deontologia requerem isso ao mesmo título⁷³. O direito quebequense retoma um valor ético quando diz: “Toda pessoa é inviolável e tem direito à própria integridade. Salvo nos casos previstos pela lei, ninguém pode atingi-la sem o

seu consentimento livre e informado” (Código Civil do Québec, art.19). O código estabelece essa regra em relação ao acesso aos tratamentos e em relação à participação em pesquisas⁴⁸.

Tradicionalmente, os profissionais de saúde costumam influenciar nas decisões tomadas pelos pacientes, mas não têm o direito de lhes impor sua vontade. Essa influência, derivada da formação profissional, é controlada por meio da prática do esclarecimento prestado ao paciente quanto à doença, às terapias indicadas, ao prognóstico, aos efeitos colaterais, de forma que o seu consentimento seja baseado em informações inteligíveis até que o paciente sinta-se esclarecido o suficiente para tomar uma decisão⁴².

Para ser autêntico, o consentimento deve ter duas qualidades: ser livre e informado, caso contrário seria apenas um fingimento. Para ser autêntico, o consentimento deve ser livre, isto é, isento de coerção, de pressão ou fraude. Numerosas reflexões judiciosas sobre esse assunto foram feitas por juristas. Eles previnem, especialmente, contra toda pressão indevida ou disfarçada. Assim, se trata de uma pesquisa sobre um novo medicamento, eles insistem para que o médico seja o mais objetivo possível.

Para pesquisas não terapêuticas, o consentimento do participante deve ser conseguido por outra pessoa que não seja o principal pesquisador ou, ao menos, na presença de testemunha que possa ajudar o potencial participante. Do mesmo modo, ganham destaque as pesquisas relativas a populações cativas como estudantes, assistentes do pesquisador ou prisioneiros porque seu consentimento pode ser sutilmente forçado por medo de desconectar, por medo de represálias ou pela atração de um favor, previstos como grupos vulneráveis pelos conselhos de ética médica. Para dar um consentimento informado, o paciente ou o participante de uma pesquisa deve possuir todas as informações pertinentes^{61, 74}.

O consentimento substituído: o princípio do consentimento livre e informado pode ser aplicado razoavelmente bem como uma regra geral, especialmente quando se trata de adultos conscientes. Mas como respeitar a autonomia e autodeterminação dos menores, dos portadores de deficiência mentais, dos doentes em estado de coma, em suma, das pessoas juridicamente incapazes? Em cada país o direito prevê situações e propõe soluções⁶⁷. Alguns princípios éticos podem orientar a conduta, buscar o consentimento mais adequado possível, procurar determinar a vontade do doente, consultar o tutor, o representante ou um próximo agir segundo o melhor interesse do doente, etc.

Milhares são os exemplos que podem ilustrar tais situações. A aptidão e a incapacidade devem ser compreendidas e avaliadas em função do grau de influência na autonomia do doente. Existe uma escala de adesão: consentimento adequado, assentimento, não oposição e recusa. Se o consentimento perfeito não é possível, há lugar para diversos

níveis de acordo. O ideal ainda é fazer o paciente legalmente incapaz participar ao máximo de seu próprio tratamento⁶⁷.

A legislação nacional, a partir de instrumentos como o Código Civil de 2002 (art. 15) e a Constituição Federal de 1988⁷⁵, garante que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica. A informação também é considerada um direito fundamental da pessoa humana, inscrita também na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁷⁶, na Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos Humanos⁷⁷ e na Declaração de Genebra⁷⁸, entre outros instrumentos internacionais de direitos humanos.

2.7.6 Limites da autonomia

O princípio do livre arbítrio é essencial, chegando-se a dizer que é primeiro no sentido de que depende de um atributo essencial da pessoa: a autonomia fundada na liberdade. Contudo, não é o único princípio exigido pela ética (nem autonomia é o único valor ético), mesmo que certos autores tenham a tendência de colocá-lo tão à frente que ele pareça único. Na verdade, a autodeterminação pode ter limites impostos por outros princípios, como a beneficência, a solidariedade, a justiça ou outros conceitos como o sentido do corpo, o sentido da vida, a noção de bem comum, etc.

Nos Estados Unidos, em 1984, o filósofo Daniel Callahan escrevia: a autonomia não é o valor moral e sim um valor moral; ela é um bem que não deve ser obsessivo⁷⁹. A ideia é retomada no importante livro de Ruth Faden e Tom Beauchamp, em 1986⁸⁰: “A autonomia é um valor relativo, ao lado de outros valores. Ela é complexa, nuançada, como tantos outros componentes de nossa existência”. Ela está submetida à fragilidade e à ambiguidade⁴⁴

Esse princípio tampouco é exclusivo no direito: é necessário, mas não suficiente, como dizem vários autores⁸¹. A sociedade pode e, em certos casos, efetivamente limitar o alcance do princípio de livre arbítrio. Há limites colocados pelo direito. Por exemplo, na maior parte dos países ocidentais, o consentimento à eutanásia não a torna, por esse motivo, legal. Os outros elementos também podem intervir, como a ordem pública e a beneficência.

Ele pode, por um lado, significar que ninguém pode ser tratado sem consentimento, o que se reduz simplesmente a aplicar o princípio de autonomia. Por outro lado, ele pode ser interpretado como uma aplicação do princípio da conservação da vida quando se trata de preservar a integridade física e mental da pessoa contra atos nefastos de si próprios ou de outrem. O médico, o pesquisador e aquele que intervém na saúde pública não devem apenas

perguntar se o paciente ou o participante de pesquisas aceitam, mas devem ainda questionar-se sobre os outros princípios em jogo em uma situação determinada⁶⁷.

2.8 PATERNALISMO

Hipócrates sintetizou a teoria médica na Grécia e seu juramento fundamenta os códigos de ética da profissão médica até os dias atuais. Ele instaurou, com isso, a Medicina como atividade racional, distanciando-a do caráter místico e religioso, e imprimindo a marca da generosidade e do amor ao próximo no exercício da profissão⁸².

Primum non nocere, frase citada no juramento de Hipócrates (que significa primeiro não prejudicar), é ainda utilizada até os dias atuais como base para regular a conduta médica. Assim, com base nesse juramento, os médicos têm seguido uma conduta benéfica associada a não maleficência por dois mil e quinhentos anos, sem levar em conta várias vezes a autonomia do paciente⁸³.

A beneficência, quando exagerada, transforma-se em paternalismo, uma extrapolação de limites motivada por boas intenções⁸⁴. A autonomia deve ser suscitada, protegida, reforçada e respeitada, devendo ser evitada qualquer pressão ou imposição, por vezes inconsciente, por parte dos profissionais da saúde, no sentido de a decisão do paciente ir de encontro ao que é melhor para ele. A sua decisão deve ser valorizada e não deverão ser emitidos juízos de valor, pois aquilo que se pensa ser melhor para o paciente, pode não ir de encontro ao que ele julga ser o melhor para ele⁸⁵.

O paternalismo surge a partir do conflito entre dois princípios da bioética principialista, a autonomia e a beneficência. O médico aprende em sua formação que este deve recuperar o estado de saúde de seu paciente a qualquer custo, não medindo consequências até certo ponto, para que este não prejudique seu paciente, fazendo-o sofrer com as morbidades geradas pela doença. Contudo, essa atitude na maioria das vezes desrespeita a opinião e as crenças dos seus pacientes, quebrando a autonomia deste.

Assim, o paternalismo é classificado como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade de uma pessoa autônoma, mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores da pessoa que está sendo tratada⁸⁶.

Para que um comportamento seja adequado à noção de paternalismo é necessário que se guie por certas premissas, que se evidenciam na relação médico-paciente. O médico deve acreditar que sua ação é benéfica à outra pessoa e não a ele ou terceiros, e que sua ação não

envolva uma violação da regra moral. Deverá, também, não ter no passado no presente ou mesmo em futuro próximo o consentimento de outra pessoa que deve ser competente para tomar decisões⁸⁷.

Assim, não é toda ação médica realizada sem o consentimento do paciente que pode ser definida como uma ação paternalista, visto que se o médico realizar condutas visando ganho próprio, como solicitar exames desnecessários ou que visem prejudicar o paciente, não podem ser consideradas como paternalistas.

O médico tem o compromisso de promover o bem para o doente, por meio do máximo benefício de sua ação. Isso faz parte do juramento hipocrático. Por outro lado, o direito à autonomia do paciente também deveria ser respeitado. O médico deveria estar preparado, por meio de seus conhecimentos e juízos de valor, para medir a capacidade de compreensão e discernimento dos fatos, de forma que o paciente pudesse exercer sua verdadeira autonomia. Um princípio bioético pode se sobrepor aos demais ou mesmo conflitar com eles em alguns casos e não existe uma regra geral para sua aplicação, trazendo dificuldades na hora de se fazer as escolhas⁸⁸.

Essa relação paternalista é resultado da relação assimétrica entre o médico e o paciente, caracterizada pela fragilidade do paciente e pela força do médico. Nessa relação, o cuidador anula a pessoa que é objeto do mesmo e a pessoa será apagada como indivíduo em sua singularidade⁸⁹. Nesse caso, a beneficência seria exercida pelo saber e o paternalismo pelo poder. Se encarada dessa forma, a autonomia do paciente se esvai. Isso mostra a grande vinculação existente entre a beneficência e a autonomia⁹⁰.

O médico não deveria exercer o princípio da beneficência de modo absoluto, pois esse tipo de conduta aniquilaria a manifestação da vontade, dos desejos e dos sentimentos do paciente. A singularidade do paciente não deve ser desprezada, seus benefícios não devem se restringir à esfera terapêutica, não se pode separar o problema daquele que o possui⁹¹. O verdadeiro ato médico é resultado da interação entre o médico e o paciente⁸⁶.

O paternalismo se refere ao dilema bioético, se ao respeito à autonomia do paciente cabe restrição à autonomia do médico de exercer sua autoridade profissional. De modo mais simples, paternalismo significa o governo paternal, em que o pai se responsabiliza em prover seus dependentes, com total autoridade, restringindo suas liberdades. O paternalismo se constitui na forma de exercer ação, objetivando beneficiar a pessoa, cuja vontade ou interesses deixam de ser respeitados⁹².

Torna-se importante, para melhor elucidação da questão do paternalismo médico, distinguir duas formas de comportamento paternalista: o paternalismo brando (*soft*) e o paternalismo forte (*hard*).

Segundo Beachamps e Chidress⁹³, em seu livro *Princípios de Ética Biomédica*:

No paternalismo brando consiste numa ação que não viola o a autonomia da pessoa, visto que neste tipo de paternalismo não se sabe se o sujeito que está recebendo a ação tem conhecimento sobre o que está acontecendo, tem-se como exemplo a vacinação obrigatória em crianças.

Já o paternalismo forte é subdividido em dois tipos, o paternalismo fraco (*weak*) e no paternalismo duro forte (*strong*). No paternalismo fraco, o médico pode deixar de informar ao paciente determinada ação, se houver uma habilidade comprometida ou enfraquecida, que lhe possibilitasse, de posse dessa informação, tomar uma decisão capaz de lhe provocar algum dano. Um exemplo seria o caso de uma senhora com câncer de mama, mas que também sofrendo de uma síndrome depressiva muito intensa, com passado de tentativas de suicídio, em que a possibilidade de que possa vir a cometer suicídio por conta de o médico lhe informar o diagnóstico, pode justificar uma conduta paternalista. Desse tipo de paternalismo fraco ou justificado, nem mesmo os antipaternalistas ousam discordar.

Pode-se até discutir se esse tipo de paternalismo fraco deveria ser considerado como paternalismo. Não necessita de defesa, pois os possíveis danos ou inconvenientes suplantam a perda parcial da autonomia do paciente, ou ainda, entendendo que o paciente fosse consentir, caso estivesse em pleno uso das suas capacidades decisórias. Exemplo seria o caso de um doente mental, sem condições de receber alta hospitalar, apesar de conduta responsável no hospício, mas que se sabe que quando recebe alta, se automutila.

Suscita-se, também, no paternalismo fraco, a noção do consentimento do paciente que justificaria e delimitaria o campo de sua ação. Esse consentimento poderia ser de forma posterior ou um consentimento hipotético. Em outras palavras, as pessoas poderiam estar incapacitadas para compreender suficientemente os riscos a que estariam submetidas e outros com maiores conhecimentos e habilidades assumiriam o processo decisório, no caso em consideração, o profissional da medicina. No paternalismo fraco, a conduta paternalista acabaria por ter um fim restaurador da autonomia individual, de condições de compreensão, deliberação e tomada de decisão. Logo, o ato paternalista seria uma resposta a incapacidades e não uma negação dos direitos das pessoas⁹⁴.

No paternalismo duro/forte perpassam decisões fortes e unilaterais e, como podem ser abusivas, devem ser questionadas no campo da saúde. Necessário, entretanto, considerar que certos atos de paternalismo podem ser justificados em um leque limitado de situações. Situações exemplificadas em alguns casos que dão margens para reflexão da necessidade de paternalismo médico. Um deles se refere ao de um paciente, idoso, ansioso, com quadro doloroso precordial recente, cujo resultado do teste ergométrico foi altamente compatível com isquemia miocárdica. O paciente demonstra receio de doença coronariana, por medo de possível intervenção cirúrgica.

Nesse caso, o médico omite o resultado inicial e solicita cateterismo cardíaco para, através do exame coronariográfico, confirmar comprometimento arterial. Somente depois do resultado, esclarecer ao paciente a necessidade imediata de intervenção cirúrgica, em razão de grave lesão, comprometendo o tronco da artéria coronária esquerda. Considerando que o médico conhece o paciente há muito tempo, havendo a possibilidade de o paciente se ausentar ao tomar conhecimento do primeiro exame cardiológico e, ainda, em razão de seu estado de ansiedade, tomar uma decisão precipitada e danosa, julga-se que se pode aceitar a atitude paternalista do médico.

A atitude de colocar acima da omissão inicial, a intenção de buscar o benefício do paciente, a cirurgia sendo realizada, com resultados a contento, deixando o paciente assintomático e, portanto, fora do risco de morte súbita.

Silva relata ainda que o paternalismo duro/forte pode ser considerado justificado ou apropriado quando satisfeitas algumas condições: quando o paciente estiver exposto a um risco grave e a ação paternalista possa evitar o dano ou, ainda, quando os benefícios advindos da ação médica suplantarem os inconvenientes e o desrespeito à autonomia do paciente⁹².

Vários comportamentos realizados pelos médicos podem tentar ser justificados como atitudes paternalistas, entre eles tratar um paciente sem o seu consentimento, dar um placebo, sonegar informações sobre o diagnóstico de uma determinada doença, realizar um procedimento cirúrgico sem dizer ao paciente que outros médicos utilizariam um procedimento alternativo. Entretanto, o que deve ser discutido é se o comportamento paternalista realizado é justificável ou não⁹⁵.

Os casos envolvendo convicção religiosa, como o das Testemunhas de Jeová (que se recusam a receber transfusão sanguínea), têm dado margem a grandes debates e são exemplos de dilemas éticos. A legislação brasileira prevê a possibilidade de o médico intervir se houver risco de dano, como quadro de choque hipovolêmico e risco de morte iminente⁹⁶.

Nesse caso, existe um interesse maior de preservar a vida do paciente, mesmo contra a sua opinião. É um paternalismo justificado. Entretanto, se o médico persuadir o paciente da necessidade terapêutica, está-se diante do respeito ao paciente e, assim, deixaria de ser exemplo de paternalismo. Ou quando o médico usa expansores do plasma, substituindo o sangue, também respeitando a vontade do paciente.

Isso mostra que o paternalismo deve ser adotado em alguns casos, quando realmente necessário, mas deve-se primeiro tentar convencer o paciente da importância da conduta a ser realizada para depois sim realizar uma ação paternalista.

Os países de formação latina têm uma forte raiz humanista, explicada pela tradição católica, fortemente misericordiosa e paternalista. O posicionamento cristão de ajuda ao outro, decidindo por ele, configura o paternalismo. Assim, países latinos, principalmente os latino-americanos, apresentam grande caráter paternalista devido sua população carente e com pouca escolaridade, facilitando assim a realização de condutas paternalistas por parte do médico⁸⁴.

Feinberg⁹⁷, por sua vez, diferencia o paternalismo em apenas dois tipos distintos, o paternalismo fraco que é realizado quando há uma restrição da autonomia em favor da beneficência, em indivíduos com restrição de capacidade temporária ou definitiva; e o paternalismo forte ocorreria nos casos onde é realizado em pessoas plenamente capazes.

Não há dúvidas de que os médicos sempre se comportaram com as prerrogativas de conduzir suas decisões baseadas nos conhecimentos científicos da medicina, fundamentado no princípio do agir sempre em benefício do paciente. Entretanto, essa primazia do profissional médico está sendo questionada no âmbito da autonomia do paciente, marcada pela emergência dos movimentos de reivindicação dos direitos humanos, considerando-se que o médico não possui total autoridade sobre o paciente⁹². Tanto que, nos países como nos Estados Unidos e Inglaterra, o número de pacientes que aceita o paternalismo médico é mínimo, nesses países vivesse um período onde o médico e o paciente “trabalham” juntos para a melhor solução do problema⁹⁸.

Para conseguir mudar esse paradigma do médico paternalista para um médico que respeita a autonomia do paciente foi necessário que os países mudassem o modelo da relação médico-paciente no qual os pacientes e os médicos estavam vivendo. Goldim e Francisconi⁹⁹, em 2000, expuseram os modelos de relação médico-paciente, baseados na proposta de Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/Estados Unidos, em 1972, que seriam os modelos: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista.

O modelo sacerdotal, baseado na tradição hipocrática, assume uma postura paternalista com relação ao paciente que, em nome da beneficência, a decisão tomada pelo médico não

considera a vontade do paciente. Dessa maneira, o processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseando-se em uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente. Explicam que, em função desse modelo, o termo 'paciente' - palavra de origem grega, significando *aquele que sofre*, passou a ser utilizado com conotação de passividade.

Nesse primeiro modelo de relação médico-paciente percebe-se claramente a formação paternalista do médico, visto que há uma supervalorização da beneficência e da não maleficência em detrimento da autonomia do paciente.

No modelo engenheiro, o poder de decisão pertence ao paciente. O médico prestaria as informações e o paciente assumiria o poder de decisão. É também um modelo de tomada de decisão de baixo envolvimento, em que o médico se colocaria numa posição de acomodação e haveria a dominação por parte do paciente.

Este modelo é o oposto do primeiro, onde há a valorização da autonomia do paciente. Contudo, nesse modelo esta supervalorização da autonomia do paciente pode gerar prejuízos ao mesmo, visto que o desconhecimento científico e certas crenças por parte do paciente podem levar a escolher uma opção que seja prejudicial à saúde e a vida deste, mesmo após uma explicação por parte do médico.

Por outro lado, os modelos de alto envolvimento seriam o colegial e o contratualista. No modelo colegial, a tomada de decisão é tomada de forma igualitária, compartilhada pelo médico e pelo paciente, não prevalecendo o poder da autoridade do médico, respeitando o direito do paciente. Ressalta-se que existe uma restrição a esse modelo, que é uma relação entre indivíduos iguais, onde se restringe a função preponderante do médico na relação médico-paciente.

No modelo contratualista, o médico manteria sua autoridade, preservando seus conhecimentos e se responsabilizando pela tomada da decisão. O paciente, por sua vez, também participaria, fazendo valer suas crenças e desejos, de acordo com seus valores morais e pessoais. O processo de tomada de decisão seria objeto de uma verdadeira troca de informações e a tomada de decisão poderia ser de médio ou alto envolvimento, dependendo do compromisso estabelecido entre o médico e o paciente.

Nesses dois últimos modelos não há uma valorização de um princípio em detrimento do outro, estes são analisados e em conjunto com a experiência e saber científico do médico e as crenças e opiniões do paciente para que a melhor conduta seja realizada, sendo respeitada tanto a autonomia do paciente quanto a beneficência do mesmo. Sendo que no segundo modelo há um certo grau de contraste entre o paciente e o médico, servindo para valorizar o

conhecimento científico, sem que haja uma desvalorização do conhecimento trazido pelo paciente.

Deve-se relatar que essas etapas não acontecem numa determinada ordem, sendo que um mesmo médico pode ter uma relação sacerdotal com um paciente e com outro ter uma relação contratualista, dependendo da situação de cada paciente. Observa-se que o mais importante do ponto de vista bioético é que, naqueles pacientes que apresentam sua autonomia preservada, seja aplicada uma relação onde esta seja respeitada e nas situações em que a autonomia do pacientes esteja diminuída ou limitada, como nos casos de urgência e emergência ou no caso de pacientes psiquiátricos, seja realizada uma conduta paternalista de acordo com o grau de autonomia que o paciente possa ter, sem lhe prejudicar.

2.8.1 O juramento hipocrático e a medicina tradicional

O fundamento das bases éticas da medicina tradicional foi baseado no juramento de Hipócrates e nos livros deontológicos e normativos do mesmo. No juramento, havia o compromisso de o médico usar a medicina em benefício dos pacientes; de conservar em segredo os conhecimentos médicos, exceto para seus pares; não manter relações sexuais com os pacientes e não administrar substâncias que poderiam levar a morte ou provocar efeitos danosos. Por ser um juramento que evidencia as condutas éticas que um médico deveria nortear, rapidamente transformou-se em um parâmetro para os médicos avaliarem sua prática¹⁰⁰.

Devido a essa grande importância do juramento de Hipócrates na Antiguidade, Bechamps e Childress⁹³ afirmam que a ética hipocrática se baseava no princípio da beneficência vertical ou impositiva, o chamado paternalismo médico, uma concepção de que o cuidado e o tratamento do corpo do paciente somente poderiam ser realizados pelo médico porque ele detinha conhecimentos científicos para tal e agia visando o bem do paciente.

Atualmente, a medicina e os médicos ainda são influenciados pelo paternalismo beneficente de Hipócrates, ou seja, agem segundo seu critério de julgamento profissional, estando o paciente sempre na condição passiva¹⁰¹. A ética hipocrática baseava-se na *physiologia* e estava de acordo com o Juramento, cujo estudo pode ser dividido em três partes.

Inicia-se com uma invocação aos deuses protetores da prática médica e um compromisso moral com os mestres, o que dá ao texto um caráter sagrado e uma ordenação moral. Depois, enuncia um código ético com seis parágrafos de compromisso e finaliza com uma impreciação, assinalando as consequências derivadas do seu cumprimento ou

transgressão, que invoca a punição dos que juram em nome dos deuses e não cumprem o prometido. Esse modelo de invocação aos deuses e penalização aos que não cumprem, desde cedo esteve presente na cultura grega¹⁰².

Vários escritos hipocráticos se referem a deuses tradicionais, quando proclamam que "o divino" é a causa principal das coisas humanas e associam o tratamento técnico ao regime de vida¹⁰³. Os parágrafos que seguem a invocação se referem às condutas profissionais e pessoais que o médico hipocrático deveria ter em relação à sociedade e a si mesmo. O primeiro parágrafo traz um compromisso familiar, antiga prática grega de transmitir os conhecimentos técnicos dentro da própria família. Caso o aprendiz não tivesse laços de sangue com a família, ele deveria incorporar-se a ela através de um compromisso, para se tornar médico, formando um forte vínculo com o mestre¹⁰⁴.

Esse modelo de transmissão oral, quer teórica ou prática, de pai para filho ou de mestre para aprendiz, não foi apenas circunscrita às questões de caráter médico, algumas noções de filosofia natural e retórica eram também ensinadas desse modo¹⁰⁵.

O juramento é utilizado, tradicionalmente, pelos médicos, para demonstrar diretrizes éticas a serem seguidas. No entanto, para o mundo ocidental, Hipócrates é considerado o pai da medicina e personifica o ideal de médico com os valores éticos eternos da profissão médica¹⁰⁶. Isso demonstra que os ideais paternalistas, personificados na figura de Hipócrates, se tornaram um modelo a ser seguido pelos médicos.

Uma das passagens que demonstra o caráter paternalista do juramento de Hipócrates é "Aplicarei o regime de vida para o bem dos doentes, segundo meu poder e meu juízo, repelindo a maleficência e a injustiça". Nesse fragmento, percebe-se que o conhecimento técnico-científico do médico daria o respaldo ético para intervir no doente, sem ser basear nas experiências e nas crenças de seu paciente, mas apenas em seu julgamento, desde que esse não seja injusto ou cause danos ao paciente¹⁰⁷.

No juramento de Hipócrates não há nenhuma passagem que se refira ao que os pacientes dizem que querem, não enganá-los, consultá-los sobre seus desejos, explicando prováveis consequências, boas ou más, ou descrevendo cursos alternativos de ação. Essa é uma outra visão paternalista que se pode perceber no juramento, visto que ao não se referir sobre os desejos dos pacientes nem o direito de informá-los entende-se que estes devem apenas acatar aquilo que o médico diz para eles realizarem¹⁰⁸.

Esse paternalismo é ampliado pela diferença entre o médico, dotado de um saber científico, e o paciente que está numa situação de fraqueza e de dependência, desigualdade

que, na relação médico-paciente, facilita que o paciente siga a conduta relatada pelo médico sem questioná-la ou criticá-la.

A ética hipocrática é uma ética fundamentada na beneficência e não maleficência. Em primeiro lugar, está o dever de não fazer o mal ao paciente. Frente a uma realidade terapêutica bastante limitada este é um comportamento racional e correto. Do ponto de vista clínico, essa recomendação parecia reconhecer as limitações médicas e a força curativa da natureza. Mas é muito mais do que isso como se procura demonstrar mais adiante. A beneficência é a irmã xipófaga da não maleficência. Ela impõe aos médicos uma conduta pró-ativa em relação ao paciente, que deverá ser o objeto de todo o esforço da Medicina. Buscar o seu bem-estar é o norte do fazer médico¹⁰⁹.

A despeito da repercussão do juramento sobreveio a Idade Média, que encerrou a ciência em um abismo de misticismo e de absurdos perpetrados pela Santa Inquisição. O doente passou a ser visto como um escolhido de Deus, que passava por uma “provação” e merecia piedade. O médico, embora dispondo de restrito arsenal clínico-cirúrgico, autodeterminava sua conduta de assistência conforme o poder aquisitivo das pessoas.

As famílias ricas mantinham um médico para si, garantindo acesso ao cuidado, enquanto que os indigentes (conceito que vigorou em nossa realidade até os anos 1970) eram tratados em instituições de caridade por padres e freiras católicas. Com o Renascimento, os valores da cultura grega tornaram à voga, inclusive começou a se questionar o paternalismo médico. O homem voltou a ser importante, central, dotado de valores e desejos. A figura do cientista, do estudioso da anatomia, da fisiologia, chegou derrubando tabus centenários e implementou substancialmente o saber médico¹¹⁰.

Assim, naqueles primórdios dizia-se “Primo non nocere”; hoje face ao avanço científico e tecnológico, há uma disputa de qual princípio bioético deve ser seguido o da autonomia ou da beneficência¹⁰⁹.

Nos países desenvolvidos ocorreram diversos movimentos contra o paternalismo médico, que se iniciou a partir das disputas nos tribunais de justiça e nos movimentos sociais, que lutavam para que a opinião e crenças dos pacientes fossem consideradas para a realização do diagnóstico e da conduta médica a ser realizada. Tal fato repercute que os médicos desses países “trabalham” junto com os pacientes, valorizando assim a autonomia dos mesmos, tanto que é afirmado que “o juramento de Hipócrates está morto”¹¹¹.

Já nos países em desenvolvimento, principalmente os de origem latina, ainda vivem sob a ótica do paternalismo médico, o que é justificado pelo baixo grau de instrução dos

pacientes, assim estes não teriam condições para compreender sobre seu estado de saúde e sobre qual seria a melhor opção a ser tomada⁸⁶.

2.8.2 Paternalismo na vida contemporânea

Na atualidade, há uma grande gama de situações em que o paternalismo é realizado como uma conduta preponderante, mesmo quando há alternativas para evitá-lo; sem que nos países como Estados Unidos e Inglaterra, o paternalismo deu espaço para uma relação onde a autonomia do paciente é respeitada e levada em conta para determinar a conduta médica.

Na área da anestesia, o paciente encontra-se diversas vezes em condições que não pode responder por sua autonomia, como nas urgências e emergências e na terapia intensiva, gerando assim uma relação paternalista, contudo esta relação deve ser quebrada visto que em diversas vezes pode-se realizar a consulta pré-anestesia, momento no qual se devem explicar todos os procedimentos possíveis e cabíveis para cada tipo de caso e assim saber os desejos do paciente para que num determinado momento seja respeitada a autonomia do mesmo¹¹².

Este é um exemplo onde a autonomia do paciente deve ser respeitada, visto que o paciente pode ser Testemunha de Jeová e não aceitar receber sangue e, assim, caso tenha sido discutido sobre a possibilidade de necessitar transfundir sangue para ele durante a cirurgia, o anesthesiologista pode utilizar inicialmente expansores de plasma e em última consequência, transfundir o sangue, mostrando assim que foi tentado ao máximo respeitar a autonomia do mesmo e somente quando não havia mais recursos para salvar a vida do paciente é que foi tomada uma ação paternalista.

Outra especialidade que vive sob a ação paternalista é a oncologia, onde os médicos ocultam o prognóstico e o diagnóstico de uma doença terminal, baseando a relação médico-paciente na omissão e na mentira, com atos delegados e erosão da sua autonomia, que o impossibilita de fazer escolhas livres e esclarecidas, sobre os cuidados que gostaria de receber na fase derradeira de sua vida, não conversando até mesmo sobre a ortotanásia, como uma modalidade terapêutica, pois o médico acreditaria que assim estaria perdendo o paciente para a doença¹¹³.

As restrições de informações do diagnóstico, prática comum desde a época hipocrática, são bastantes presentes na cultura médica latina, pois, com a atitude paternalista, o médico tenta proteger seu paciente de más notícias e de grandes impactos emocionais.³ Contudo, deve-se lembrar, dependendo da situação clínico-psicológica, que esse tipo de paternalismo pode ser benéfico ao paciente.

Há situação onde o paternalismo é fruto da decisão livre e informada do paciente, são os casos em que o paciente prefere entregar ao médico o poder da decisão sobre sua situação. Contudo, Garrafa assinala a necessidade de reflexão sobre a valorização da comunicação como ferramenta para humanização e o agir ético e Kottow sugere a informação completa e adequada que permite a compreensão de sua situação clínica, além de alternativas existentes aos pacientes e aos familiares ou responsáveis^{114,115}. E essa informação ao paciente, mesmo quando este prefere que o médico tenha uma atitude paternalista, deve ser realizada visto que em diversas vezes o médico advém de uma classe social ou/e prática religiosa diferente do enfermo, podendo assim tomar decisões que divergiriam caso o paciente não estivesse numa situação de doença⁸⁶.

Um dos papéis do médico é o de educar, informar e esclarecer seus pacientes, familiares e até a população para que haja a prevenção de doenças ou evitar que piore a gravidade dos quadros. Contudo, nessa ação, há traços paternalistas, visto que nessa educação é buscada uma beneficência para o paciente, que não apresenta outra opção que não seja de obedecer àquilo que o médico diz, não tendo opções para que possa seguir ou adaptar sua realidade, respeitando assim sua autonomia¹¹⁶.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Verificar o perfil dos egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará (UEPA) com relação à conduta paternalista e a autonomia em relação a seus pacientes

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar se o comportamento ético (autonomia e paternalismo) é reflexo da vida pessoal e acadêmica;
- Pesquisar os fatores modificantes, pessoais e acadêmicos, do perfil indicado.

4. HIPÓTESE

A universidade é o grande centro formador dos médicos e de suas opiniões básicas acerca da medicina, sendo que nestes são preparadas as bases que o egresso levará para sua vida profissional.

Como hipótese à temática estudada, entende-se que se vive, atualmente, um período de grande transformação na área da educação médica, na qual se está, finalmente, valorizando mais o paciente doente do que a doença do paciente. No entanto, essa transformação é gradativa e nem todos os cursos conseguiram se adequar a essa nova realidade, que é de grande responsabilidade, visto que assim modifica-se extraordinariamente a visão do egresso que não mais enxerga o doente como um órgão ou sistema afetado, mas como um indivíduo com pensamentos e crenças, além de uma realidade social diferente, podendo então não aceitar os tratamentos e condutas que lhes seriam mais adequadas, devendo o médico compreender e buscar junto com o paciente, sem persuadi-lo, encontrar a melhor forma de tratá-lo, sem desrespeitá-lo e/ou prejudicá-lo.

5. METODOLOGIA

A pesquisa realizada seguiu os preceitos éticos dispostos na Declaração de Helsinque e no Código de Nuremberg, além de respeitar as normas brasileiras de ética em pesquisa em seres humanos, dispostas na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, por meio do Protocolo nº 16/2010, CAAE: 0012.0.352.000-10 e Folha de Rosto: 317314, no dia 24 de março de 2010.

Realizou-se um estudo transversal, prospectivo e de cunho observacional no qual foi aplicado um questionário próprio aos egressos do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), que haviam sido estagiários do Laboratório de Cirurgia Experimental da mesma universidade (LCE/UEPA).

Os critérios de inclusão foram: ser graduado no curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará; ser egresso do Laboratório de Cirurgia Experimental da mesma universidade e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão adotados foram: ter sido graduado em Medicina por outra instituição que não a supracitada; não preencher totalmente o protocolo de pesquisa; recusar participar da pesquisa, além dos sujeitos da pesquisa que não foram identificados e os por morte, os atuais locais de residência para envio do protocolo e TCLE.

O protocolo de pesquisa foi confeccionado pelo autor e validado por meio de um projeto piloto testado com 20 (vinte) discentes do LCE/UEPA. O protocolo é formado por oito partes: a primeira contendo a identificação do sujeito da pesquisa; a segunda sobre a formação acadêmica; a terceira sobre a relação médico-paciente; a quarta sobre o perfil do médico; a quinta parte foi estruturada para conhecer a opinião do pesquisado sobre ocultar informações do paciente e o significado de autonomia e paternalismo; a sexta parte possui questionamentos sobre o estágio no LCE/UEPA; a sétima parte foi o questionário comportamental e a última parte foram quatro casos vinhetas, onde o entrevistado deveria marcar a opinião que mais se adéqua a sua conduta caso se depare com a situação descrita.

O questionário constou ao todo de 38 itens divididos nas primeiras sete seções e mais os quatro casos-vinhetas.

5.1 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os sujeitos da pesquisa residentes no estado do Pará foram diretamente entrevistados, sendo previamente contatados por telefone ou por *e-mail* e marcados lugar e horário para o preenchimento do protocolo de pesquisa. Em relação aos egressos residentes em outros estados, foi realizado contato por telefone e/ou *e-mail* e encaminhado por correio, o protocolo de pesquisa juntamente com o TCLE.

Todos os questionários foram revisados e os dados armazenados no programa *BioEstat*

5.3. As dúvidas surgidas foram ratificadas por telefone ou por *e-mail* de cada pesquisado.

Os questionários e o TCLE, carta de apresentação do projeto, constam como apêndices 1, 2, 3 e 4 desta dissertação. Foram enviados 138 questionários que correspondem aos 100% dos egressos do curso de Medicina que passaram pelo estágio voluntário do Laboratório de Cirurgia Experimental, no período de 1997 até 2009.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DOS EGRESSOS

A presente pesquisa, idealizada contemplando os egressos do curso de Medicina da UEPA que participaram do estágio voluntário no LCE, no período de 1997 até 2009, e aqueles que preencheram os critérios de inclusão e exclusão, já citados, contemplou um total de 138 (centro e trinta e oito) sujeitos. No entanto, apenas 50 (cinquenta) pessoas responderam plenamente ao questionário, o que corresponde a 36,23% da amostra.

Este contingente foi alcançado devido aos pesquisados se encontrarem distribuídos por vários estados nacionais, dificultando a comunicação e o encaminhamento e devolução do protocolo de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vários trabalhos com perfis semelhantes no que tange à dificuldade de comunicação com o sujeito da pesquisa apresentam índices de resposta semelhante a este estudo, com variações para mais e para menos ^{117,118,119}.

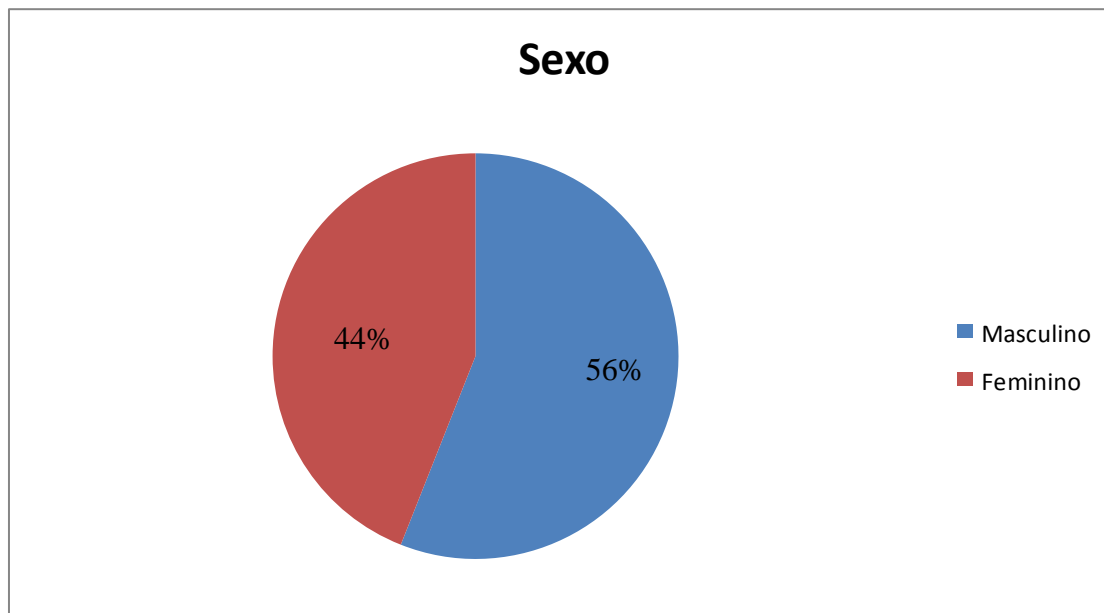


Figura 1 – Distribuição dos entrevistados de acordo com sexo. Belém, PA/Brasil. 2012
Fonte: Protocolo de Pesquisa

Em relação ao sexo dos entrevistados, como mostra a Figura 1, a maioria é do sexo masculino, não havendo, contudo, diferença estatística. Tal resultado pode ser em decorrência do maior número de homens que ingressam no curso de medicina, apesar de que, atualmente,

percebe-se que este dado vem se modificando, ocorrendo pela primeira vez um maior ingresso de mulheres no curso de medicina em 2009. Assim, ao pegar um longo período, a diferença estatística esperada, não foi percebida¹²⁰..

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa em relação à idade. Belém, PA/Brasil. 2012

Idade	Quantidade	%
21-25	14	28.0%
26-30	17	34.0%
31-35	19	38.0%
Total	50	100%

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Em relação à idade (Tabela 1) observa-se que não houve a predominância de determinada faixa etária, sendo que a média foi de 28,5 anos. Isto ocorreu devido ao período estudado, que contemplou um universo heterogêneo de pesquisados, demonstrando também que a quantidade de indivíduos participantes da pesquisa conseguiu atingir uma parcela significativa dos ex-estagiários de todos os anos estudados.

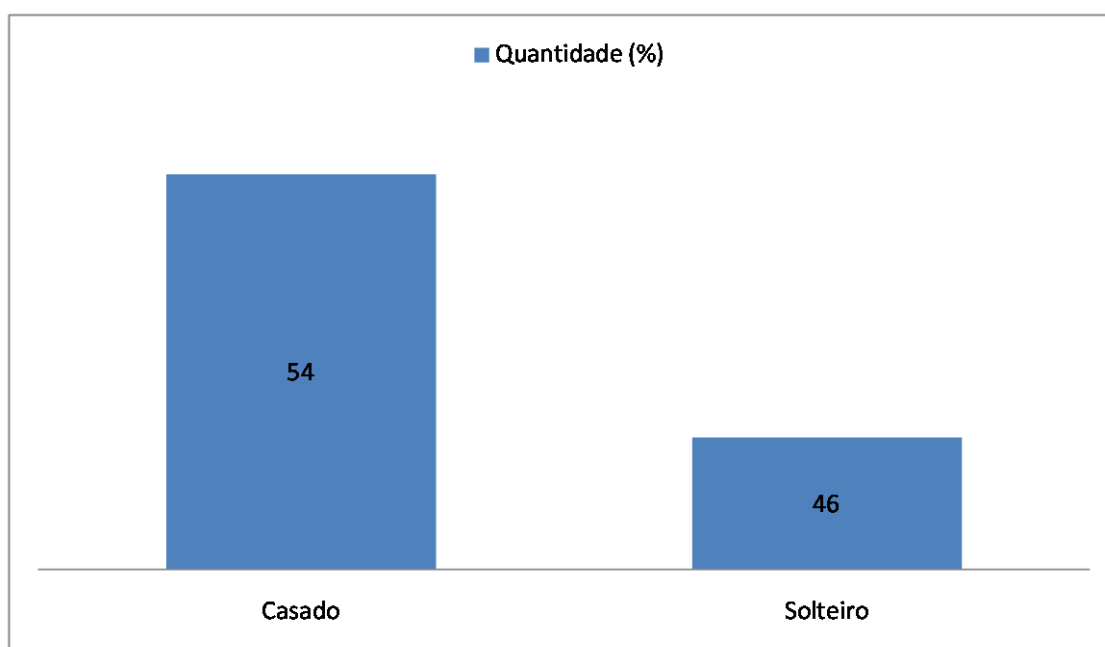


Figura 2 – Estado Civil dos sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Com relação ao estado civil, foram encontradas apenas pessoas casadas ou solteiras, não havendo diferença estatística entre os dois grupos, contudo houve uma relação ($p < 0,05$

Contingência em C) entre o estado civil e a idade, sendo que os mais jovens encontraram-se preferencialmente solteiros.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa em relação ao tempo de formado. Belém, PA/Brasil. 2012

Tempo decorrido	Quantidade	%
1 ano	7	14.0%
1 a 5 anos	14	28.0%
6 a 10 anos	24	48.0%
Maior que 10 anos	5	10.0%
Total	50	100%

Fonte: Protocolo de pesquisa

Quando se vislumbra o tempo decorrido entre a graduação do sujeito da pesquisa até sua realização, percebe-se que este é proporcional e demonstrou no decorrer desta uma seleção satisfatória da amostra, em virtude de não haver predomínio em apenas uma determinada faixa de tempo. Percebe-se, ainda, que a média de tempo de graduação dos ex-estagiários foi de 7,6 anos, que corresponde ao período relativo de tempo de profissão na qual a maioria dos ex-estagiários, provavelmente, deve ter vivenciado vários conflitos bioéticos na vida profissional¹²¹.

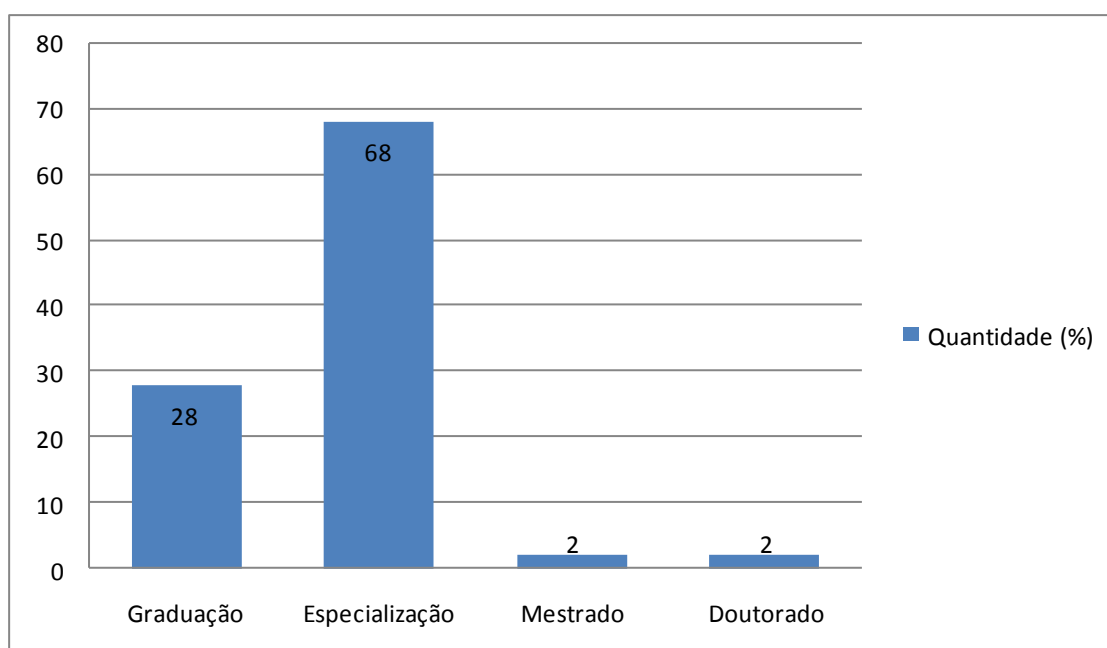


Figura 3 – Maior titulação dos sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

Em relação à titulação, percebe-se que a maioria apresenta como maior titulação a especialização (residência médica); em seguida, apresenta-se apenas a graduação e um pequeno contingente realizou pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

No presente perfil de titulação, percebe-se que poucos egressos seguiram para a realização de uma pós-graduação voltada para o âmbito acadêmico, buscando, assim, o lado do exercício profissional, resultado que não era o esperado, pois em virtude do perfil acadêmico do laboratório, em decorrência da realização de inúmeras pesquisas, das práticas de iniciação à docência, com a participação de iniciação científica, atividades de monitoria, com práticas de elaboração e execução de tarefas docentes, a exemplo de como ministrar aulas teóricas e práticas e supervisionar estagiários de anos anteriores, fatos confirmados como fatores que estimulam o egresso para a futura docência, na pesquisa em questão não se mostraram impactantes nos resultados observados^{122,123}.

A iniciação científica é entendida como mecanismo estratégico na formação profissional, devendo ser estimulada e priorizada¹²⁴, pois permite ao aluno o aprimoramento de sua análise crítica e maturidade intelectual, além da melhor compreensão da ciência. Vislumbra amplas possibilidades de desenvolvimento profissional e acadêmico, além de proporcionar ao meio acadêmico a renovação de seus quadros docentes e fornecer à sociedade profissionais com potencial de contribuição científica, social e econômica^{125,126}.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação do médico deve despertar no profissional a busca por educação permanente, ou seja, os profissionais devem aprender a ter responsabilidade com a sua qualificação¹²⁷. Portanto, a iniciação científica é um momento importante para o processo de formação de docentes e pesquisadores.

Contudo, na pesquisa existem vários sujeitos que apresentam pouco tempo de graduação e idade, estes podem ainda no decorrer dos anos participar de programas de pós-graduação *stricto sensu* e abraçar a área acadêmica, influenciados pela formação no LCE/UEPA.

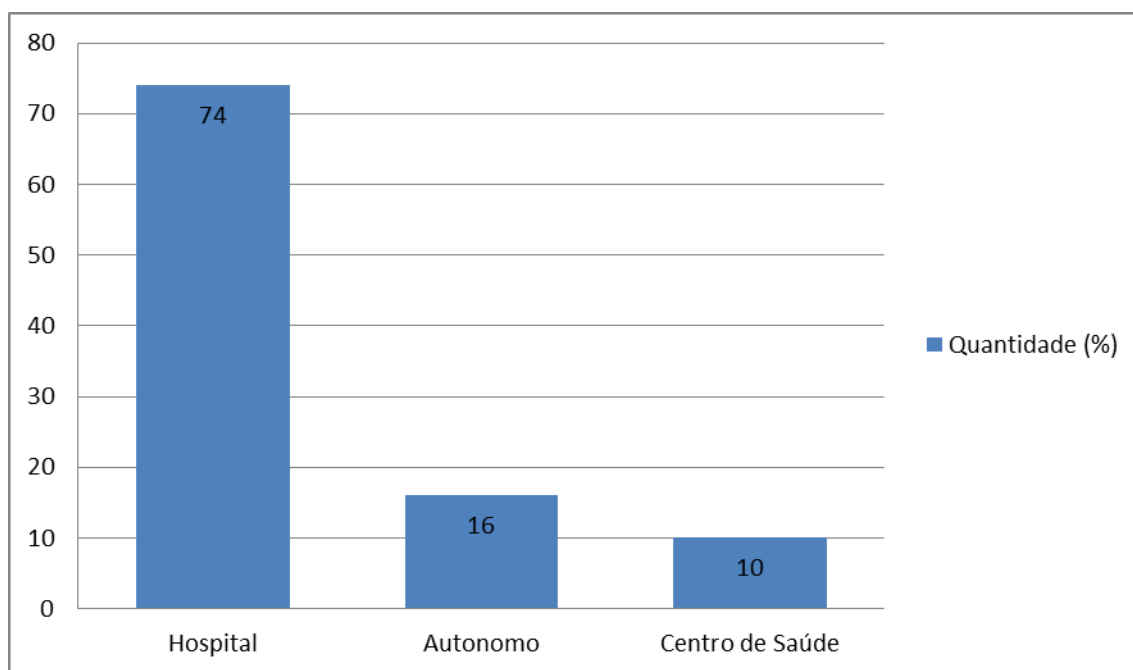


Figura 4 – Principal local de trabalhos dos pesquisados. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Em relação ao local de trabalho, a grande maioria (74%) referiu trabalhar principalmente em hospitais e uma parcela trabalha de forma autônoma ou em Centros de Saúde. Esta distribuição é semelhante à distribuição normal dos médicos em relação ao local de trabalho⁴, sendo que o ambiente hospitalar é local propício ao surgimento de conflitos bioéticos que surgem desde o local de entrada do paciente, onde ocorre a triagem médica; passando pela realocação de verbas de saúde, que conduzem o médico a selecionar os pacientes mais graves ou com maior necessidade para receber atendimento, até conflitos como necessidade de transfundir sangue em pacientes Testemunhas de Jeová, onde se faz necessária uma boa formação bioética^{128,129}.

Os outros ambientes do exercício da profissão médica não podem ser negligenciados como locais de surgimento de conflitos bioéticos, havendo também os problemas relacionados à falta de recursos econômicos e à escolha de pacientes em detrimento a outros, além de quebras do princípio da autonomia dos pacientes, quando é necessária a internação destes para um melhor tratamento e, em certos casos, não é o desejo do paciente^{128,129,130}.

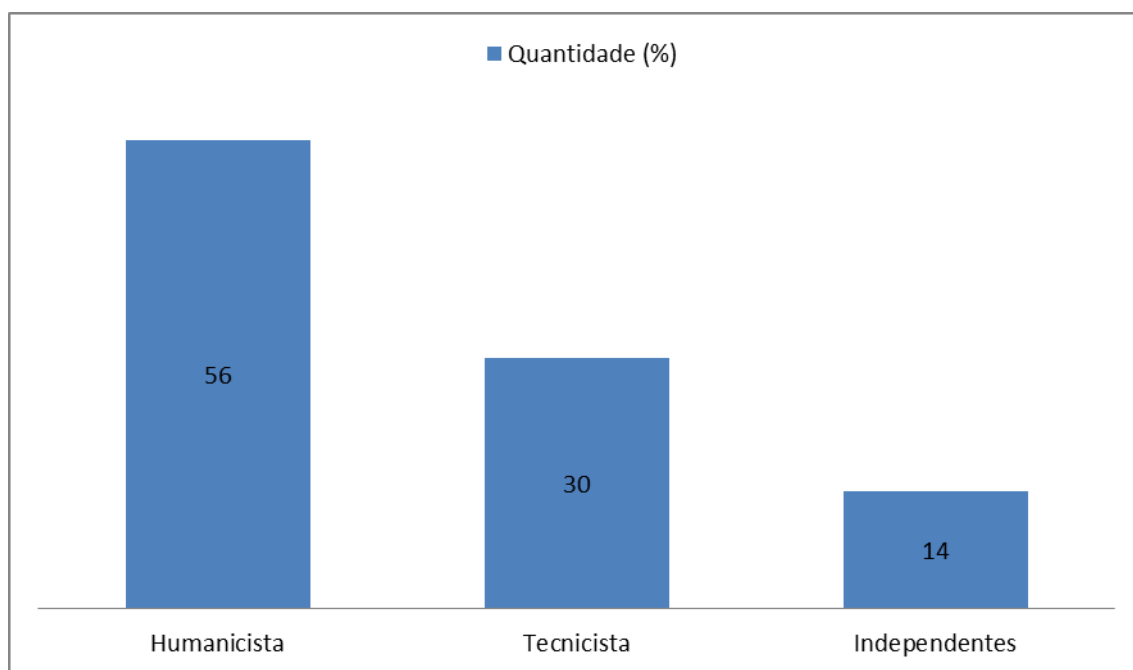


Figura 5 – Orientação dos entrevistados em relação à prática clínica. Belém, PA/Brasil. 2012
Fonte: Protocolo de pesquisa

Quando questionados sobre a orientação pessoal dos entrevistados para a prática clínica, percebe-se que a maioria intitula-se como humanista e, por tal conceito, imagina-se já um caráter paternalista, visto que tendem a querer sempre curar o paciente a qualquer custo e que isso possa representar recuperar seu pleno estado de saúde. Contudo, esse caráter humanista pode ainda estar relacionado a um perfil de respeito à autonomia, pois o médico, ao compreender melhor o paciente e colocar-se no lugar do mesmo, respeita melhor a decisão do indivíduo¹³¹.

Quando questionado se o pesquisado está disposto a ajudar as pessoas, 33 (66%) dos entrevistados responderam que frequentemente estão dispostos e 17 (34%) responderam que sempre estão dispostos. Em relação a aceitar opiniões de paciente, 30 (60%) aceitam frequentemente; 16 (32%) aceitam às vezes e 4 (8%) sempre aceitam. Também foi questionado se o poder de decisão seria do médico, pelo que 27 (54%) responderam que esse poder é de decisão do médico frequentemente; 19 (38%) às vezes; 6 (12%) nunca acham que o poder de decisão é do médico e 1 (2%) acha que sempre é do médico. Foi perguntado ainda como o pesquisado lida com as reclamações provenientes dos pacientes, obtendo-se que 45 (90%) relataram que aceitam de forma construtiva e tentam melhorar e 5 (10%) relataram que não têm motivos para seus pacientes reclamarem.

Nos dados supracitados, estatisticamente significantes, observa-se que os médicos que ajudam as pessoas sempre, aceitaram mais vezes as opiniões dos pacientes ($p = 0,0183$ – Cont

C) e, em relação aos demais cruzamentos entre dados, estes não se apresentaram estatisticamente significantes.

Tabela 3- Relação entre os médicos ajudarem as pessoas e aceitarem a opinião de seus pacientes.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes
Sempre	4	8	5
Frequentemente	0	22	11
Às vezes	0	0	0
Total	4	30	16

Fonte: protocolo de pesquisa
 $p = 0,0183$ (contingência em C)

6.2 UNIVERSIDADE E ESTÁGIO NO LCE

Em relação à Universidade do Estado do Pará, 37 (74%) dos entrevistados acreditam que o aspecto mais preponderante em sua formação foi a teoria; 8 (16%) acreditam que foi o aspecto prático do curso e cinco pessoas (10%) acreditam que foi o aspecto da moral e ética (Tabela 6).

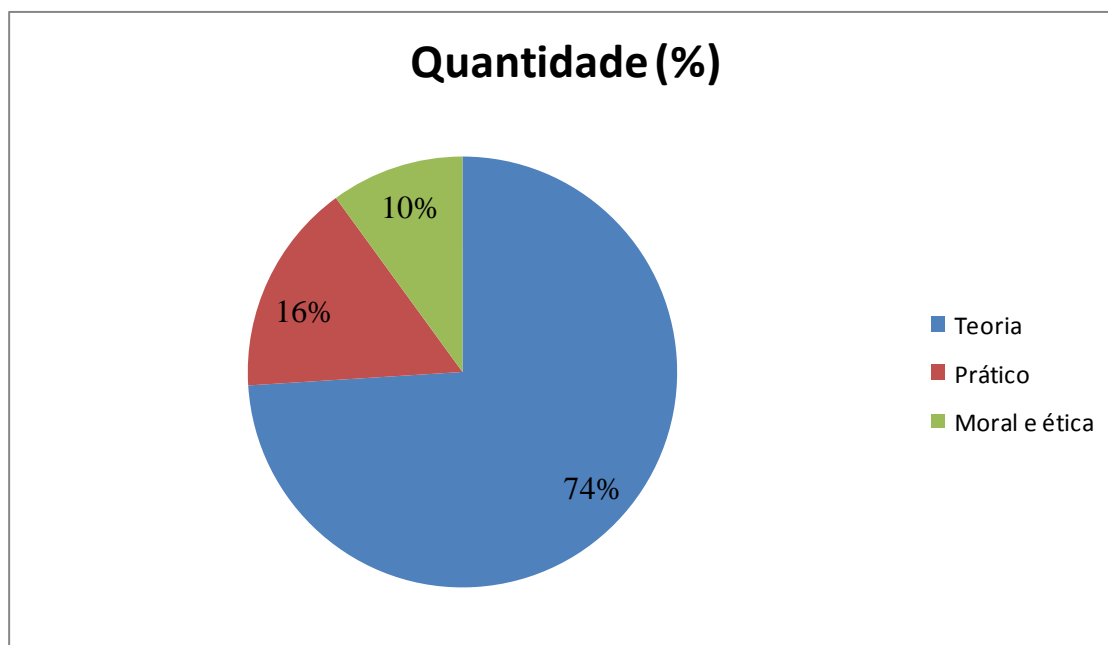


Figura 6 – Aspecto de maior preponderância na formação na graduação, de acordo com os sujeitos da pesquisa. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

Esses dados refletem que dois importantes pontos na formação médica, a prática clínica e a ética, provavelmente não foram significativos na formação dos alunos, apesar de terem sido abordados. A medicina é uma profissão onde a prática é de fundamental importância, seja para fixar melhor os conteúdos teóricos, seja para adquirir experiências sobre a relação médico-paciente e de como se relacionar com os pacientes, sendo que essas dificilmente serão aprendidas em salas de aula^{132,133}.

A parte ética deveria permear todo curso e ser vivenciada a todo o momento. É de fundamental importância que se mostre ao médico em formação essas situações, para que este possa analisar e compreender os fatos que, por natureza, tendem a visualizar a situação de uma forma técnica, às vezes, não percebendo as dificuldades do paciente, ocorrendo, muitas das vezes, demonstrações de conhecimentos recém-adquiridos e terapêuticas atuais, sem a devida sensibilidade com relação ao perfil de cada paciente, cuja conduta deveria beneficiar a sociedade^{134,135,136}.

É necessário nesse momento que o orientador explique sobre o porquê de selecionar uma determinada conduta em detrimento de outra mais moderna, evitando que o paciente seja exposto a constrangimento desnecessário sobre a condição de vulnerabilidade financeira.

Contudo, os médicos são muitas vezes levados a tomar certas decisões em um momento determinado e, por falta de uma diretriz a ser seguida, acabam optando por decisões baseadas apenas em seu bom senso ou influenciados pela mídia farmacêutica e de equipamentos^{134,135,1363}.

A falta dessa diretriz consolidada é a expressão da crise do paradigma da ética médica tradicional, essencialmente deontológica, sustentada nos deveres considerados absolutos, da não maleficência e da beneficência, que é incapaz de oferecer soluções a muitas das novas situações que se apresentam¹³⁷, havendo, portanto, necessidade de maior preocupação durante a formação profissional de explorar discussões de desafios bioéticos no âmbito acadêmico¹³⁶.

Com relação à área de responsabilidade, que foi mais voltada à vivência na universidade (Figura 7), 58% dos entrevistados referiram a área profissional, enquanto 40% relataram a área acadêmica e apenas um pesquisado (2%) afirmou ter sido a área social.

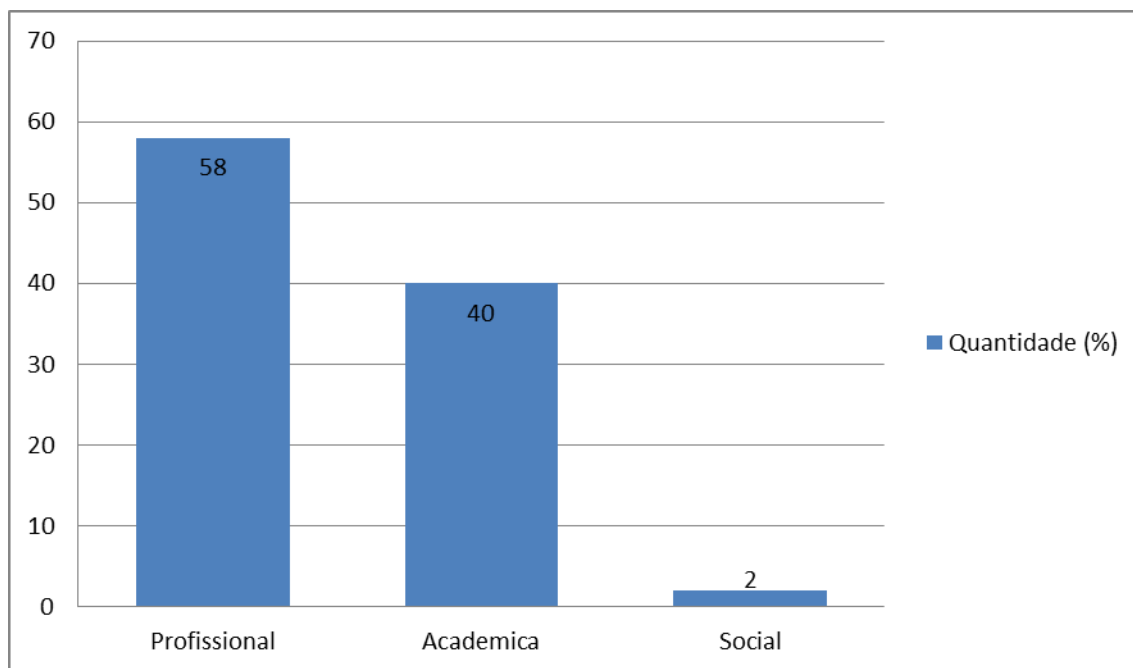


Figura 7 – Área de responsabilidade de melhor preparo pela universidade. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

A universidade é um centro formador dos discentes para o mercado de trabalho, mas que também deve estimular que os mesmos desejem retornar para renovar sua estrutura e continuar o papel educador, mantendo o ciclo natural da formação acadêmica^{138,139}. A medicina é uma área em que o valor social tem papel preponderante na formação profissional do médico, pois a saúde é um bem inerente ao ser humano, não devendo ser vista como uma mercadoria ou um bem de troca¹⁴⁰.

O médico com grande relevância no papel social, desde a função de educador que orienta e influencia os pacientes à prática de hábitos saudáveis, com objetivo de melhorar a qualidade de vida da população com atitudes de atos solidários em relação a pessoas doentes que são carentes e/ou necessitadas, por meio de programas de saúde voltados para o bem-estar do indivíduo e da coletividade e cuja prática universitária o aluno deve praticar durante o processo extensionista, nos diversos campi de prática de ensino, especialmente voltadas para o Sistema Único de Saúde do país^{141,142,143}.

Em relação ao estágio extracurricular realizado no Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará, este foi avaliado de maneira positiva pelos ex-estagiários (Figura 8), obtendo uma nota média 4 ± 1 variando de zero (pior avaliação) a 5 (melhor avaliação).

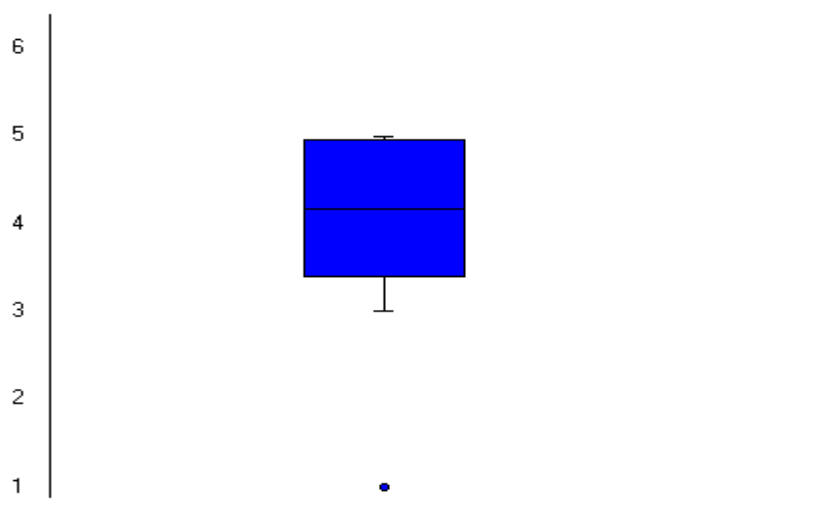


Figura 8 – Média da avaliação do estágio realizado no LCE/UEPA. Belém, PA/Brasil. 2012
Fonte: Protocolo de pesquisa

A boa avaliação dos entrevistados ocorre em decorrência do grande número de experiências advindas do processo de integração vivenciado no laboratório (Tabela 4), sendo que o ganho de informações científicas, a exemplo de realizações de trabalhos científicos experimentais e formulação de anteprojetos foi a experiência mais importante adquirida durante o estágio por 42% dos entrevistados; a segunda experiência citada foi em relação à disciplina adquirida na vivência no laboratório (34%), e os outros aspectos positivos, como a relação com mestres e colegas, formação ética e bioética e conteúdos programáticos foram citados como mais importantes por 4 pessoas cada (8%).

Tabela 4 – Principal experiência adquirida com o estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental/UEPA, Belém, PA/Brasil. 2012.

Experiência	Quantidade	Porcentagem
Informações científicas	21	42%
Disciplina	17	34%
Relação com mestres e colegas	4	8%
Formação ética e bioética	4	8%
Conteúdos programáticos	4	8%
Total	50	100%

Fonte: Protocolo de pesquisa

Almejava-se que a principal experiência advinda do estágio no LCE/UEPA fosse o ganho de conhecimento teórico de informações científicas, ponto fundamental no processo de iniciação científica vivido no LCE, fator necessário e imprescindível na realização das

pesquisas conduzidas no laboratório, para o qual ocorrem cursos ministrados pelos estagiários, dentro do programa de formação e treinamento para a docência.

Devido à realização de experimentos com animais esperava-se que um número significativo dos egressos opinasse sobre a ética e bioética como valor importante na formação vivenciada no LCE, pois ao elaborar e realizar protocolos de cirurgia experimental é obrigatório o conhecimento de normas, diretrizes e leis que regulamentam a pesquisa no país e exige a aplicação de princípios fundamentais de ética e bioética na realização da pesquisa^{144,145}.

O convívio no laboratório de cirurgia experimental e os cuidados com os animais, regulamentados pela Resolução nº 11.794 (Lei Arouca) de 2008 e pelo Comitê de Ética no Uso de Animais, elevam a necessidade de conhecer a legislação e as práticas necessárias aos cuidados com os pacientes e os animais. O pesquisador ao cuidar do seu experimento deve ter para com o animal respeito, sensibilidade, compromisso e condutas como: visitar no pós-operatório, acompanhar sua evolução e na decepção com o óbito, ocorrendo atitudes reflexivas sobre a importância desse processo em sua futura formação profissional, pois serão replicadas no futuro com os seus pacientes na prática profissional e, com o reconhecimento e resultados desse processo prático, espera-se alcançar uma elevação na relação médico-paciente.

Ainda foi questionado, aos entrevistados, de que forma o estágio no LCE-UEPA influencia na carreira do sujeito da pesquisa (Tabela 5). A principal resposta foi o aprendizado nas pesquisas na área (43-86%), seguido do conhecimento de como realizar e organizar cursos e eventos (29-58%), além de aprender como ministrar aulas teóricas (28-56%); serviu para experiência profissional (26-52%); aprimorou os conhecimentos na área de ética e bioética (25-50%) e para 7 (14%) dos pesquisados serviu para adquirir experiência na realização de trabalhos de campo.

Tabela 5 – Influência do estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental/UEPA na carreira do entrevistado. Belém, PA/Brasil. 2012

Experiência	Quantidade	Porcentagem
Conhecimento para realização de pesquisas	43	86%
Realizar ou organizar cursos	29	58%
Ministrar aulas	28	56%
Experiência profissional	26	52%
Ética e Bioética	25	50%
Trabalhos de campo	7	14%
Total	50	100%

Fonte: Protocolo de pesquisa

Os resultados encontrados revelam-se semelhantes ao esperado, pois a realização de um estágio de pesquisa proporciona, inicialmente, conhecimento teórico para a realização das pesquisas e cursos desenvolvidos pelos discentes. Devido ser um estágio em laboratório experimental esperava-se que houvesse pequena influência na realização de trabalhos de campo.

Com relação à parte de ética e bioética, a pesquisa com animais não só influencia positivamente pela sensibilização dos acadêmicos que necessitam cuidar dos animais, leitura das diretrizes éticas de regulamentam a experimentação animal e a influência da convivência com mestres e orientadores, que demonstram a importância da realização de pesquisas baseadas na seriedade, conhecimento teórico e preceitos éticos-bioéticos, princípios incorporados e inerentes às boas práticas realizadas por estagiários no desenvolvimento de pesquisas biomédicas.

6.3 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

A bioética atualmente apresenta vários idiomas e cenários, contudo o de mais expressivo uso e mais aceito na literatura continua sendo a bioética principialista de Beauchamps e Childress¹⁴⁶, na qual são propostas quatro princípios bioéticos primordiais: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça¹⁴⁷.

Quando questionados sobre a importância, relevância e aplicabilidade desses princípios (Figura 9), segundo os pesquisados, a não maleficência foi denominada como o mais importante para 22 (44%) dos entrevistados, seguido pela beneficência (12-24%) e pela autonomia e justiça empatados em último lugar (8-16% cada). Perguntados sobre qual deles seria o mais relevante para o médico, a não maleficência continuou em primeiro lugar (21-42%), seguido pela beneficência (17-34%) e pela autonomia e justiça, ambas empatadas novamente (6-12% cada).

Foi questionado sobre qual o princípio bioético de maior aplicabilidade na prática médica, a beneficência foi destacada por 22 (44%) dos egressos, seguida pela autonomia (13-26%), não maleficência (10-20%) e justiça (5-10%).

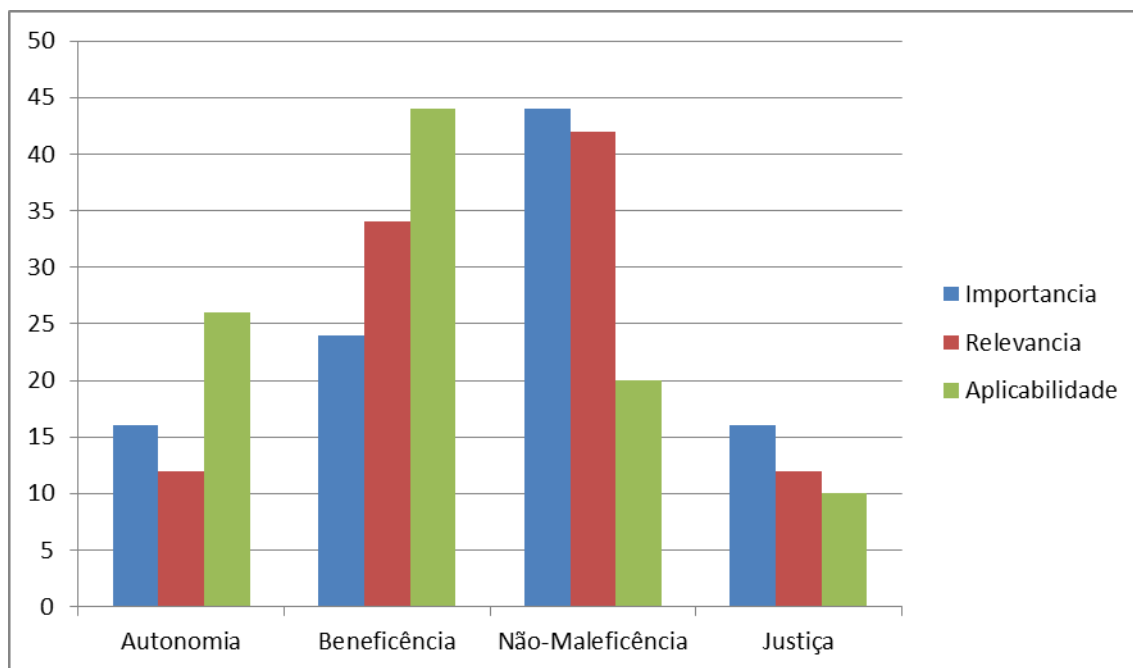


Figura 9 – Princípios bioéticos de maior importância, relevância e aplicabilidade na opinião dos entrevistados. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

O resultado demonstra parte do perfil bioético dos entrevistados, que primam pela beneficência e não maleficência dos seus pacientes, do que a autonomia. Esta realidade é um fato comum na população médica brasileira^{148,149}, contudo não representa a realidade em vários países, dentre eles: Estados Unidos, Inglaterra, França, onde os médicos priorizam a autonomia dos pacientes^{150,151}.

A modificação do perfil bioético em diversos países ocorreu, provavelmente e principalmente, devido a processos judiciais e ético-profissionais que advieram de manifestações dos pacientes, alegando que a autonomia não lhes foi preservada ou a quebra de valores e normas deontológicas de ética médica, dentre as quais o sigilo profissional, culminando na percepção da importância do livre arbítrio e a necessidade da opinião do paciente sobre seu tratamento e direito de autodeterminação¹⁵¹.

A não maleficência foi apontada como o princípio mais relevante e importante, visão que deriva da formação paternalista brasileira, baseada na formação hipocrática da escola médica em nosso país, que busca a recuperação plena do paciente e, não havendo a possibilidade de tratá-lo, deve-se pelo menos não lhe causar nenhum mal¹⁵². Em seguida, a beneficência mostra-se como a segunda mais relevante e importante, mostrando que uma parcela dos médicos estudados idealiza que sua função é apenas curativa, devendo realizar este papel sempre¹⁵³.

Essa visão de valorizar a beneficência e a não maleficência pode ser um fator prejudicial ao paciente e a relação médico-paciente, pois na tentativa de o médico tentar curar o paciente a todo custo acaba por não observar sua opinião, crenças e valores morais do paciente, causando-lhe sentimentos de inferioridade, criando um possível desrespeito bioético, ao desrespeitar o princípio da autonomia¹⁵⁴.

A falta de preocupação com a autonomia do paciente gera diminuição da adesão ao tratamento, falta de credibilidade e quebra da relação médico-paciente. Em alguns casos, o paciente ao submeter-se a tratamento que não é de seu agrado ou com a falta do devido esclarecimento cria uma distância da sua realidade, cujas respostas são a diminuição da adesão do tratamento e muitas vezes o agravamento do quadro clínico¹⁵⁵.

Outro problema causado pelo não respeito da autonomia e supervalorização da beneficência é a prática da distanásia, esta um grande prejuízo à saúde individual e coletiva, pois o médico, ao prolongar impreterivelmente a vida do paciente terminal, acaba por aumentar o sofrimento individual e familiar, prejudicando psicologicamente e economicamente a família e o sistema de saúde, elevando os gastos públicos e privados em internações prolongadas com medicações de alto custo, utilização de técnicas experimentais, uso de materiais como órteses em ambientes hospitalares, como unidades de terapia intensiva, regularmente de alta complexidade, prática segundo a qual se acredita, a manutenção da vida torna-se desproporcional para o desfecho de uma boa relação médico-paciente, impossibilitando a utilização desses recursos por outros pacientes com efetivas condições de resultados terapêuticos favoráveis^{156,157}.

Outra situação de destaque a ser visualizado é o descaso total da importância do princípio da justiça, que é utilizado inúmeras vezes por parte dos médicos sem que percebam, assim os médicos acabam por desvalorizar tal princípio. O princípio da justiça é de grande importância na prática clínica e cirúrgica em diversas situações básicas e em repetidos casos traz à tona o processo em que o médico tem que tomar a decisão de qual paciente será atendido primeiro em ambientes de urgência e emergência, e aplicar a justiça distributiva, diferente dos protocolos de pesquisas em que seres humanos onde deve haver uma distribuição igual dos riscos e benefícios a todos os pesquisados^{158,159,160}.

Ainda foi questionado se os participantes já haviam participado de trabalhos envolvendo critérios bioéticos (Figura 10) e, do total pesquisado, apenas 10 (20%) já tinham participado, enquanto que os demais 40 sujeitos (80%) não haviam participado de nenhum projeto acerca do assunto.

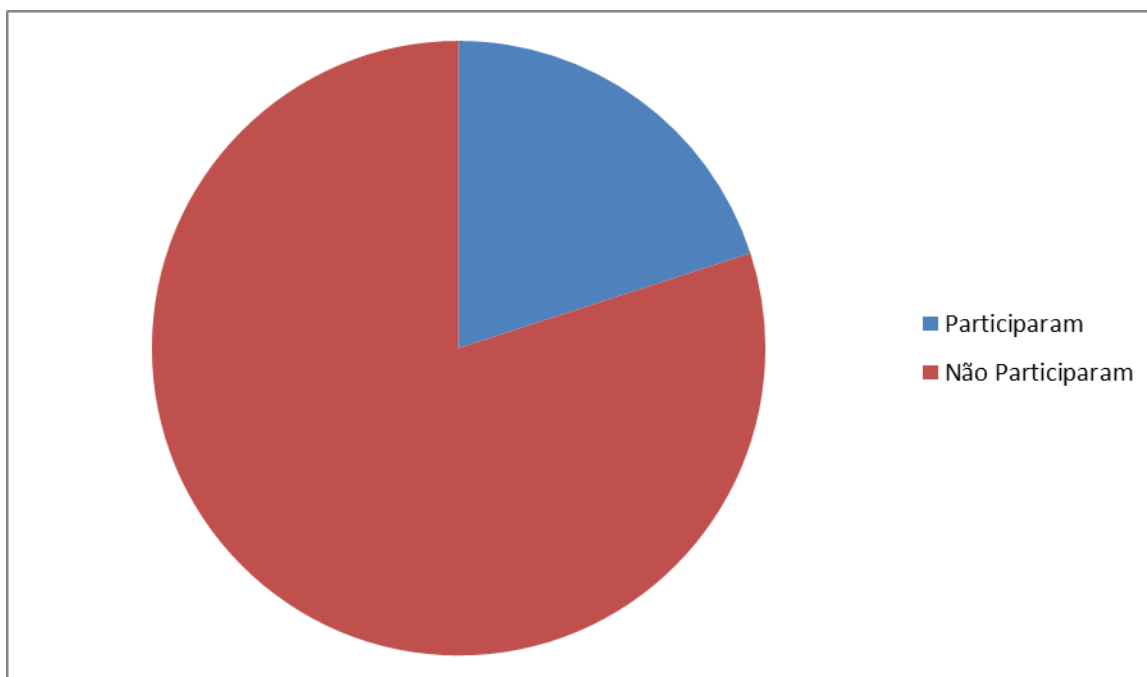


Figura 10 – Participação dos sujeitos da pesquisa em trabalhos envolvendo os princípios bioéticos. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

Foi questionado no protocolo qual a compreensão que o entrevistado apresentava sobre paternalismo. A maioria (32%) afirmou que compreendia como humanismo, seguido pelo profissionalismo (26%), altruísmo (20%), compaixão (12%) e bondade (10%). Já em relação à autonomia, esta foi compreendida preponderantemente como profissionalismo (36%), respeito (26%), responsabilidade (18%), bondade (12%) e solidariedade (8%).

As respostas fornecidas reforçam o perfil paternalista dos médicos estudados, posto que consideram o paternalismo como algo intrínseco de sua atitude – humanismo - ou algo que deve ser realizado normalmente no trabalho – profissionalismo, mostrando que os médicos estudados tendem a determinar o paternalismo como uma prática inerente ao exercício profissional, percebendo-se que uma parcela dos entrevistados considera a autonomia um “favor ao paciente” (bondade e solidariedade), reforçando o princípio da beneficência e o perfil paternalista.

6.4 VINHETAS: PROBLEMATIZANDO OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS (CASOS CLÍNICOS)

Foram apresentados aos pesquisados quatro casos clínicos (ANEXOS 1 a 4 – protocolo de pesquisa), com situações da prática médica que envolvia situações bioéticas,

onde as respostas buscam demonstrar a percepção dos desafios bioéticos na vivência profissional na prática diária.

Em relação aos casos clínicos (Figura 10), houve um predomínio do caráter paternalista nas respostas dadas a esses casos ($p < 0,05$ – Qui-quadrado). No primeiro caso, 72% responderam a opção de caráter paternalista, já no segundo caso o número subiu para 80% dos entrevistados, contudo no terceiro caso o número diminuiu para 44%, e no último caso o contingente de respostas paternalistas foi de 68%.

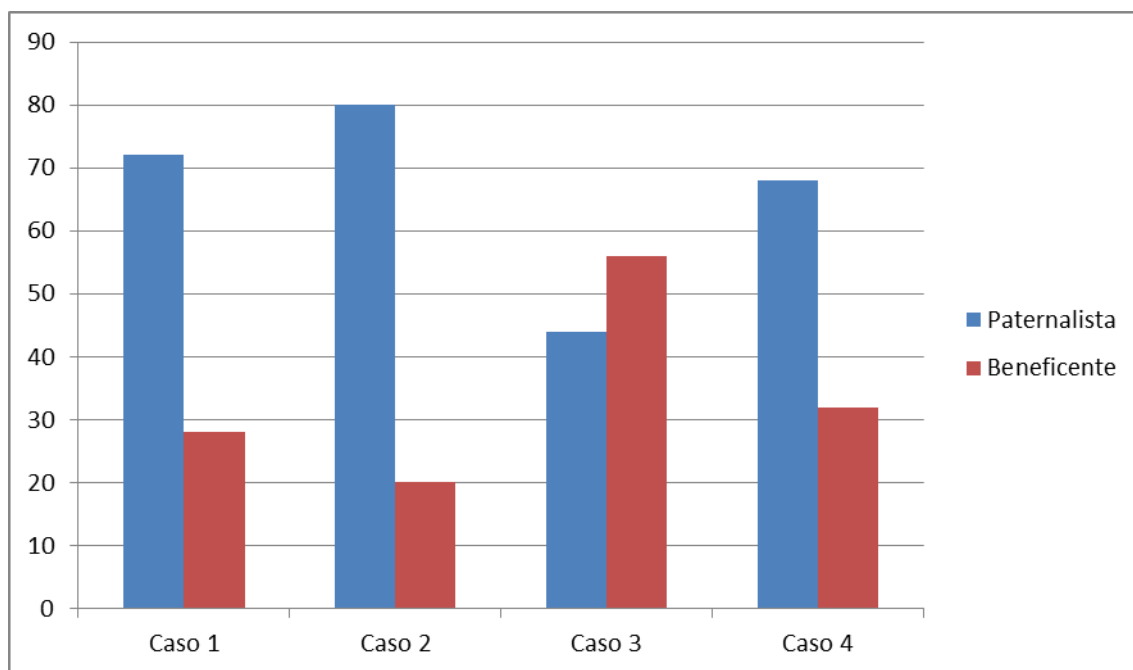


Figura 11 – Inferência do perfil das respostas referidas nos casos vinhetas. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

O primeiro caso, referente à opinião do indivíduo sobre aceitar a opinião de um paciente de 58 anos de idade sobre distanásia. A maioria dos médicos entrevistados relata que não considerariam a vontade do paciente e iriam realizar todas as medidas cabíveis para salvá-lo. Isso demonstra claramente um perfil paternalista, ao não levar em conta a opinião do paciente, além de apresentarem uma forte tendência para a prática da distanásia^{161,162}.

A realização da distanásia é um ponto de grande relevância que, além de quebrar a autonomia do paciente, no caso citado, é uma prática a ser evitada, pois os grandes problemas socioeconômicos decorrentes dos fatos, além da necessidade de respeito à vontade do indivíduo^{163,164}.

O segundo caso apresentado trata de uma idosa com um agravo de saúde que não deseja ser internada no hospital, nesse caso concordando com o primeiro, os médicos estudados apresentaram novamente um perfil paternalista, pois optaram pela decisão de interná-la a qualquer custo no hospital. Ocorre grave desrespeito à autonomia da paciente e elevação dos custos do sistema público de saúde, especialmente quando ocorre uma obstinação em buscar valores e resultados pelo diagnóstico que se tornam irrelevantes para o quadro clínico e o prognóstico.

A ocorrência de fatos como os acima citados não é infrequente, pois definido o diagnóstico do caso, devido à idade da paciente, pouco será realizado no âmbito terapêutico e especialmente em casos graves. Casos mais simples devem ser tratados sem a necessidade da internação. Além disso, o diagnóstico da doença pode ser um fator agravante para o estado clínico e mental da paciente, onde doenças com prognóstico sombrio levam a graves alterações psicológicas de onde poderão advir prejuízos à paciente. A obstinação por investigações diagnósticas e condutas terapêuticas desnecessárias acaba somente satisfazendo o profissional médico em busca de resultados, não atendendo aos interesses do livre arbítrio da paciente¹⁶⁵.

No terceiro caso, trata-se de uma discussão sobre se comunicaria somente ao paciente ou a ele e seus familiares que ele é portador do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nessa simulação, a maioria dos entrevistados relata que iriam expor o resultado somente para o paciente, respeitando a autonomia deste, contudo nesse caso percebe-se que há certo paternalismo profissional do médico visto que este apresenta uma relação com o paciente e não com a família dele. Assim, este, ao revelar somente para o paciente acaba por realizar um “pacto corrupto” com o paciente, pensando inconscientemente em deixar este preparar a família, evitando desestruturá-la e não prejudicar seu paciente¹⁶⁶.

Perceber se que, ao não revelar para a família sobre o resultado do exame, o médico acaba negligenciando os perigos acerca do fato e da possível transmissão, dificultando uma possível investigação diagnóstica e a instituição precoce do tratamento para a mulher e os filhos que possam ter ou vir a serem contaminados pelos vírus. Assim, o médico quebra o princípio da não maleficência, o direito fundamental de proteção a terceiros e à sociedade, inclusive com apoio de equipe multiprofissional deve quebrar o sigilo respaldado nas normas deontológicas e nos princípios dos direitos humanos^{167,168}.

No último caso, a maioria dos médicos pesquisados levou em conta o histórico de depressão do paciente e omitir os dados deste, mostrando mais uma vez um perfil paternalista. Na realidade, o médico está tentando proteger seu paciente de um choque ao saber sobre seu

estado clínico e seu prognóstico, assim ao omitir tais dados acaba poupando o paciente de ter que sofrer em decorrência do diagnóstico¹⁶⁶.

Dessa forma, ao se analisar as repostas emitidas sobre os casos, observa-se inicialmente que o perfil dos médicos entrevistados apresenta característica predominantemente paternalista.

6.5 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ESCLARECIMENTO E INFORMAÇÃO

Os tempos modernos modificaram o processo da informação sobre assuntos médicos para a sociedade com o advento da globalização e o acesso a novas tecnologias de informática, podendo pacientes e familiares obter informações a respeito de diversas patologias, sua evolução e possibilidades terapêuticas. Com isso, o médico necessita acurar sua forma de abordagem quando revelar informações e obtiver o consentimento livre e esclarecido baseado nos princípios bioéticos^{169,170}.

Investir no esclarecimento e investir na autonomia deve ser prática estimulada para contribuir na melhoria da relação médico-paciente. Quanto maior o amadurecimento e a análise bioética na prática profissional, obteremos melhor equilíbrio e elevação da credibilidade, evitando denúncias e processos^{171,172}.

Quando questionados sobre quais os fatores contribuem para ocultar as informações do paciente, (Figura 12), 64% dos entrevistados informaram que o pedido da família é um fator importante, seguido por variáveis em relação à idade, tanto de ser muito idoso (34%) ou muito jovem (12%), além de variáveis em relação ao médico, tais como ele não saber informar más notícias (36%) e os profissionais terem pouco tempo disponível (24%), além disso, foi ainda informado por 22% dos entrevistados que o medo de prejudicar o paciente e por 34% dos pesquisados que a incerteza do paciente querer ou não saber são causas para se ocultar as informações do paciente.

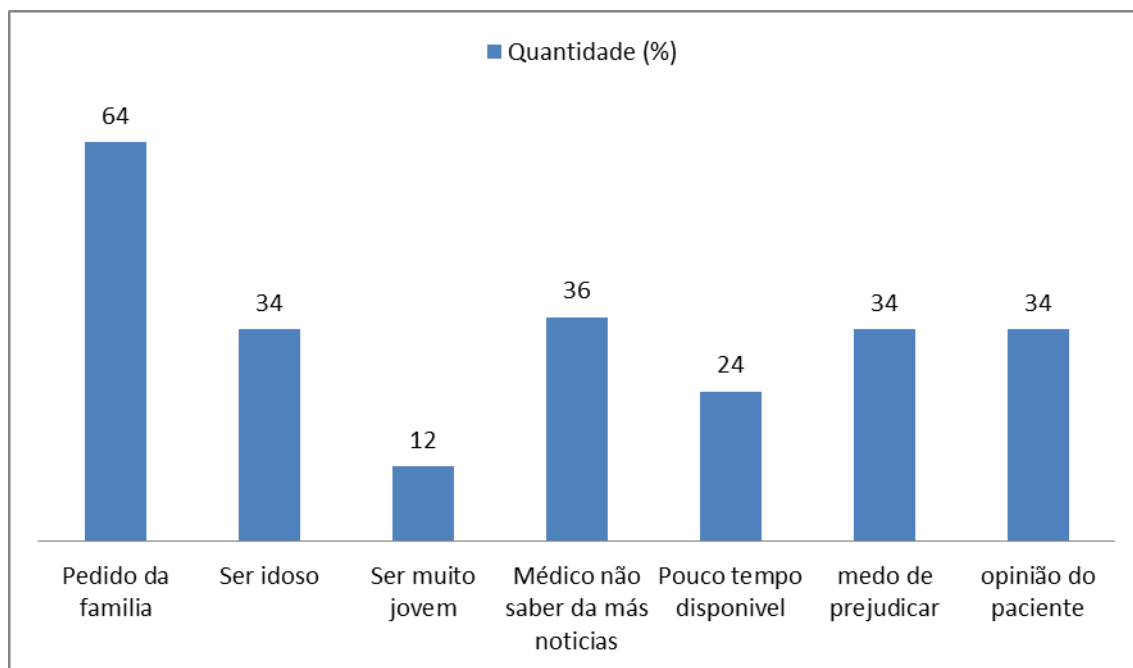


Figura 12 – Fatores que contribuem para ocultar informações aos pacientes. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: protocolo de pesquisa

Ocultar dados do paciente demonstra uma formação paternalista e autoritária, pois geralmente é realizado numa tentativa de minimizar os danos psicológicos ao paciente e facilitar a adesão a um tratamento¹⁷³. O fato de a opinião da família ser um dos principais pontos que influenciam na decisão do médico em ocultar ou não informações ao paciente, mostra que este leva em conta as informações sobre o estado psicológico e físico relatado pelos familiares, do que o próprio desejo de o paciente ter conhecimento sobre seu estado de saúde.

A idade do paciente é também um fator determinante para a informação do paciente, para o idoso é ocultado mais do que para uma pessoa muito jovem, ambos devem ser respeitados e informados. O paciente idoso, exceto aqueles que apresentam doenças demenciais, têm total capacidade de tomar decisões por si próprios, mesmo que, às vezes, dependam fisicamente de alguém, a capacidade de decidir é em diversos casos supervalorizada pelo paciente, devido já não poder tomar varias decisões que lhes foram retiradas em decorrência da idade. O respeito à autonomia deve ocorrer para o paciente mais jovem, quando este for maior de idade ou não tiver capacidade de decidir livremente por motivo comprovado (fato em que o representante legal responderá pelo mesmo) e respeitará o livre arbítrio dos menores que tenham capacidade de discernimento sobre seu estado de saúde^{174,175,176}.

Outros fatores determinantes para se ocultar informações dos pacientes são: não saber a opinião do paciente, medo de prejudicar o paciente e pouco tempo disponível. Todos esses fatores decorrem de uma relação médico-paciente fragilizada, na qual o médico não consegue se relacionar com o paciente a ponto de saber se ele deseja receber todas as informações a respeito de seu quadro clínico, além de não saber sobre a situação socioeconômica e familiar do mesmo e, portanto, não sabe se há suporte para o processo de receber más notícias; e este médico sem vínculo com o paciente não “gastará” tempo em explicar cada detalhe ou prognóstico do quadro para aquele que está sob seus cuidados^{177,178}.

O desgaste da relação médico-paciente torna-se mais comum a cada dia e é responsável, diversas vezes, por ações e processos por erros médicos, observando-se que o desgaste ocorre não só por uma formação médica hospitalocêntrica centrada na doença e na obstinação da cura, focando no quadro clínico e no órgão acometido, deixando de valorizar outros fatores inerentes ao paciente, dentre eles o sistema nacional de saúde, as questões socioeconômicas, o sucateamento dos serviços de saúde, o aumento dos locais de trabalho e a elevação da carga horária diária, ocasionando aumento dos riscos, da vulnerabilidade e diminuição da capacidade de resolução dos problemas^{179,180,181}.

Como um fator determinante para ocultar informações ao paciente foi referido que o médico não sabe dar más notícias, o que é fruto da formação médica sempre voltada para explicar ao aluno como se trata o paciente, qual a melhor terapia e a melhor forma de monitorar o paciente. Todavia, nesse modelo vulnerável não é explicado que nem sempre, mesmo adotando a melhor terapia possível, não é capaz de salvar ou curar o paciente, objetivo primeiro da maioria dos médicos, haja vista que a grande maioria dos egressos sai da universidade sem ter conhecimento ou experiência de como reagir quando se depara com casos de insucesso na terapia instituída a um paciente^{182,183}.

Em relação a esses fatores, foi questionado o que normalmente é ocultado do paciente (Figura 13), a maioria dos entrevistados respondeu que é ocultado o prognóstico da doença (76%), as limitações físicas após o tratamento (36%), os efeitos colaterais desse tratamento (26%) e o diagnóstico (22%). Ainda foi relatado que poderiam ser ocultados os possíveis tratamentos alternativos ao paciente por 8% dos pesquisados. Ainda deve-se destacar que 4 pesquisados (8%) informaram que não ocultam dados do paciente.

Ainda foi questionado qual seria a importância que os pesquisados atribuem aos tipos de informações que devem ser dadas ao paciente com doença grave, este grau de importância está descrito na Tabela 6.

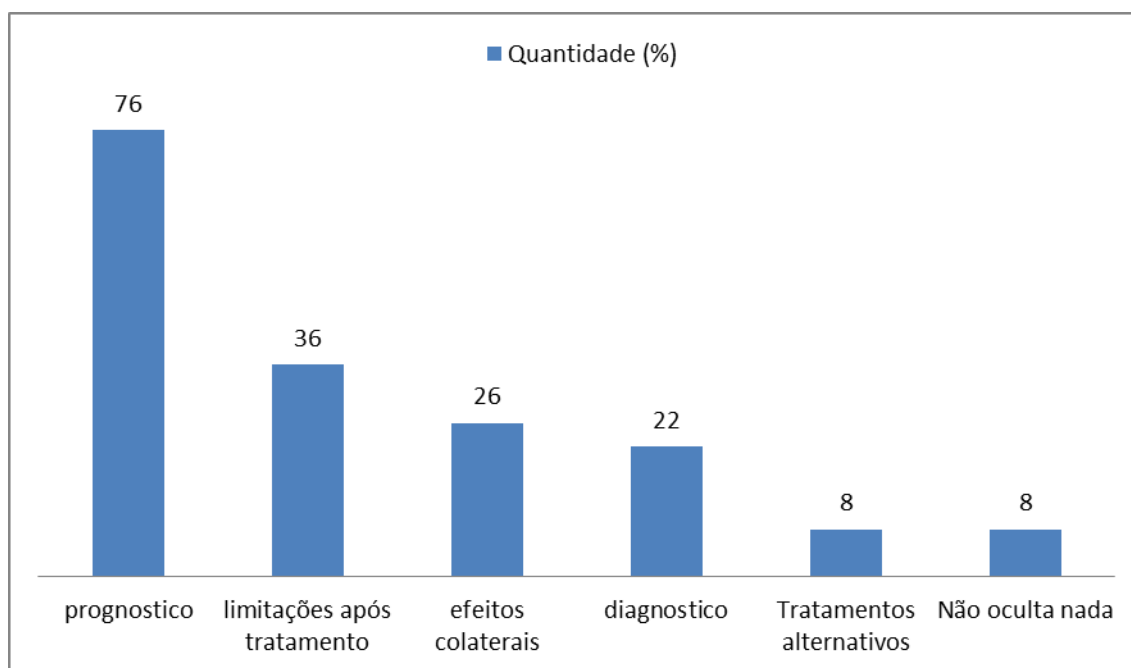


Figura 13 – Fatores que são normalmente ocultados pelos entrevistados. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 6 - Graus de importância atribuídos aos tipos de informação a transmitir ao doente com doença grave. Belém, PA/Brasil. 2012

Tipos de informação	Pouco	%	Normal	%	Muito importante	%
Sobre os sintomas	3	6	20	40	27	54
Sobre os exames e seus resultados	4	8	23	46	23	46
Sobre as hipóteses para o tratamento	3	6	15	30	32	64
Sobre os resultados dos tratamentos	1	2	16	32	33	66
Sobre a evolução da doença	1	2	19	38	30	60
Sobre as implicações da doença na sua vida e futuro	2	4	13	26	35	70

Fonte: Protocolo de pesquisa

6.6 PERFIL BIOÉTICO DOS EGRESSOS

Por meio do questionário utilizado para definir o perfil bioético dos entrevistados, observa-se que estes apresentaram um perfil elevadamente paternalista, tendo um valor de $12,2 \pm 2,1$, sendo que apenas cinco pessoas (10%) conseguiram atingir um valor acima de 13, que representa o ponto de corte entre paternalista e autônomo. Em relação às variáveis de

idade, sexo, titulação, tempo de graduação e local de trabalho, apenas a titulação mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,05$) como fator que diminuiu o grau de paternalismo (Tabela 7).

Tabela 7. Médias e desvio padrão do escore de autonomia de acordo com as variáveis estudadas.

Variável	Escore	N (%)	p valor	Variável	Escore	N (%)	p valor
Idade			0.8438	Tempo de graduação			0.9808
≤ 28 anos	12.2 ± 1.7	24 (53.3)		< 1 ano	12 ± 1.3	9 (20)	
> 28 anos	12.3 ± 2.4	21 (46.7)		1-5 anos	12.2 ± 1.8	11 (24.4)	
				6-10 anos	12.3 ± 2.5	20 (44.5)	
Sexo			0.7991	> 10 anos	12.2 ± 2.4	5 (11.1)	
Feminino	12.2 ± 2.3	22 (48.9)					
Masculino	12.3 ± 1.8	23 (51.1)		Local de trabalho			0.1653
				Autônomo	12.9 ± 1.7	10 (22.2)	
Titulação			< 0.05	Centro de Saúde	10.3 ± 2.5	3 (6.7)	
Graduação	11.2 ± 1.7	14 (31.2)		Hospital	12.2 ± 2.1	32 (71.1)	
Especialização	12.6 ± 2.1	29 (64.4)					
Mestrado	---	1 (2.2)					
Doutorado	---	1 (2.2)					

*Teste ANOVA um critério complementado com Teste Tukey.

Estes resultados mostram que fatores pessoais como sexo e idade não influenciam na formação paternalista apresentada pelos pesquisados, mostrando que a opinião pessoal não é em si um fator preponderante para definir o perfil do egresso. O tempo de graduação também não afetou a formação dos sujeitos da pesquisa, mostrando que ao longo de mais de dez anos, mesmo mudando a grade curricular da universidade, esta não foi capaz de influenciar a formação de seus egressos, o que mostra que no decorrer dos anos não houve modificação na forma de ensinar o aluno sobre a maneira de se relacionar com os pacientes, deixando que estes participem do processo de tomada de decisões.

O local de trabalho também não influenciou no perfil dos médicos, contudo em qualquer ambiente de trabalho há a presença de conflitos bioéticos que serviriam para influenciar e modificar o perfil dos egressos e, mesmo aqueles que trabalham com somente urgência e emergência, onde normalmente não há como ter o consentimento do paciente, há vários momentos em que é necessário saber respeitar a opinião do paciente, como, por exemplo, no caso da declaração de não reanimar.

A titulação foi o fator modificante do perfil dos entrevistados, devido ao baixo “N” de mestres e doutores, não foi possível comparar com as demais titulações, contudo entre os que

possuem somente graduação e os que possuem especialização houve diferença estatística entre o valor determinante do perfil bioético (Figura 14), mostrando que durante a realização da especialização há um fator modificante que faz com que haja um maior respeito pela autonomia do paciente, sendo que esta ilação pode ser confirmada, tendo vários entrevistados somente com graduação com maior tempo de formação que não tiveram seu perfil modificado, mostrando assim que não foi o tempo que modificou o perfil, e sim a titulação.

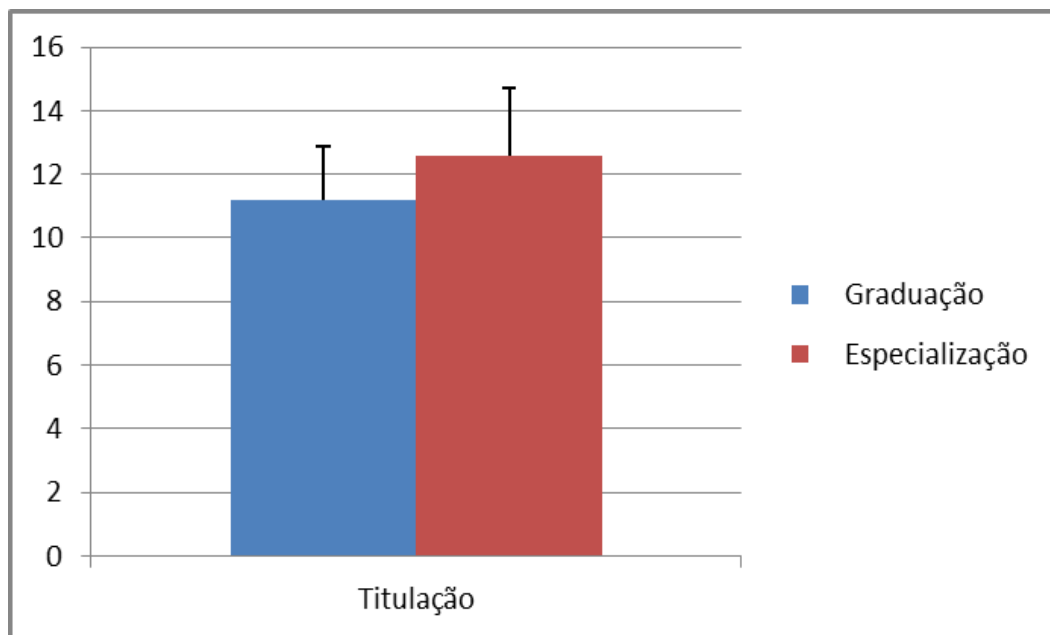


Figura 14 – Médias e desvio padrão do escore de autonomia de acordo com a titulação. Belém, PA/Brasil. 2012

Fonte: Protocolo de pesquisa

$p < 0.05$ (ANOVA com pós-teste Tukey)

Quando comparado o escore de avaliação do perfil bioético com os motivos que os médicos relataram para esconder informações não foi verificada diferença estatística ($p < 0,05$) entre o número de justificativas e o escore alcançado pelos médicos. Também o inverso foi verdadeiro, visto que não houve relação no valor dos escores em relação à quantidade de justificativas. Não foi verificada relação entre os escores dos médicos que apresentaram perfil autônomo com o número de justificativas para esconder informações do paciente.

Relacionando as repostas sobre os princípios bioéticos, em relação ao grau de paternalismo, não houve diferença estatística entre os dados, não importando se foi em relação aos princípios de maior importância, relevância ou aplicabilidade.

Ainda foi relacionado o escore obtido pelos pesquisados com o aspecto comportamental deles, não havendo relação estatística entre os aspectos de ajudar as pessoas e de quem o médico detém o poder de decisão, contudo houve uma diferença estatisticamente

significante ($p < 0,045$) no valor do escore quando relacionada à característica do médico em aceitar as opiniões do paciente. Por último, foi relacionado o perfil bioético com as respostas dadas nos casos-vinheta e não ocorreu relação estatisticamente significativa em relação a esse perfil, mantendo-se preponderantemente os princípios da não maleficência e da beneficência, o que caracteriza o paternalismo médico.

CONCLUSÃO

1- Ao sintetizar todos os dados analisados por este estudo, percebe-se que os egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará apresentam um perfil paternalista.

Tal resultado foi mais uma vez ratificado por meio dos casos vinhetas empregados, onde mais da metade dos pesquisados realizariam condutas paternalistas com os pacientes idealizados, colocando de lado os desejos do paciente em relação ao seu estado de saúde.

Observou-se que esse perfil pessoal não é modificado pela universidade, mesmo sendo reformulada diversas vezes a grade curricular desta, mostrando que este centro formador não prepara adequadamente seus alunos para um grande ponto na futura carreira profissional, a sua relação com os pacientes (relação médico-paciente) e respeito à opinião dos mesmos.

2- Esse perfil paternalista não foi influenciado pelo sexo, idade ou tempo após a graduação, mostrando que características pessoais não são, de fato, modificadoras do perfil paternalista, contudo a titulação mostrou-se como fator que diminui esse perfil, onde os médicos com especialização apresentaram um perfil de maior respeito à autonomia que os médicos com apenas graduação, sendo necessários estudos para identificar o fator responsável por essa mudança.

3- O estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará também não foi um fato marcante na modificação do perfil bioético dos sujeitos da pesquisa, que relataram terem adquirido mais experiências científicas e conhecimento científico do que a respeito de condutas éticas, mesmo estando diretamente em contato com esta, visto a necessidade do cuidado com os animais e conhecimento sobre as normas e resoluções de ética em pesquisa com animais.

Quando vislumbrado sobre os princípios bioéticos principialistas, as respostas emitidas confirmam novamente o perfil paternalista, onde os médicos optaram pela escolha do princípio da não maleficência e da beneficência em detrimento ao princípio da autonomia. O perfil constatado decorre de antigos hábitos e velhas práticas que reproduzem o modelo ideológico antigo, determinando ao paciente a prática profissional vigente, sem o esclarecimento e o consentimento, bases da relação moderna, que defende e preconiza a autonomia do ser.

É relevante que universidades e pesquisadores na área da Bioética, ética médica e ciências da vida desenvolvam o ensino da ética e bioética durante toda a graduação, com ênfase nos desafios vivenciados no período de formação acadêmica.

As escolas médicas devem realizar transformações nos projetos pedagógicos, buscando alcançar uma formação técnica, bioética, ética e humanista voltadas à atenção ao homem, fomentando assim a produção científica, proporcionando discussões com a sociedade pautadas nos desafios da prática profissional e das relações humanas.

REFERÊNCIAS

1. Beckmann CFR. *A Medicina no Pará no início do século XX e a Instituição do Ensino Médico*. Revista de Cultura do Pará. V. 14 nº 2, P. 235-251, jul/2003.
2. Botsaris AS. *Sem anestesia: o desabafo de um médico/os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
3. Nogueira-Martins MCFN. *Humanização da assistência e formação do profissional de saúde*. Brasília, 2003.
4. Dias JSS. *Portugal e a Cultura Europeia*. Separata de: Biblos, Coimbra ,v 28, 1953.
5. Gonçalves EL. *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2002.
6. Gomes MM, Vargas SS, Valladares AF. *A Faculdade de Medicina Primaz do Rio de Janeiro em dois dos cinco séculos de História do Brasil*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. 3 p.
7. Borges MR. *A História da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. 819 p.
8. Campos MM. *Cinquentenário da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais*. Belo Horizonte: EDUMG; 1961. 59 p.
9. Miranda AG, Abreu Jr JMC. *Memória histórica da faculdade de medicina*. 2010.
10. Velloso VP. Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz –* (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>). 2008.
11. Toscano PRP. *Sociedade médico-cirúrgica do Pará*. A sociedade Médico-cirúrgica e a Medicina no Pará/Comissão organizadora: Alípio Augusto Bordalo, Carlos David Bichara e Sérgio Martins Pandolfo. Belém: 2002.
12. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Medicina. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Belém, UEPA, 1999. 32p.
13. CINAEM, *Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras - Relatório Geral*, 1997 Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br>>. Acesso em 10 de outubro de 2011.
14. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. *Resolução CNE/CES Nº 4*, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <[http:// portal.mec.gov.br/cne](http://portal.mec.gov.br/cne)>. Acessado em 11 de outubro de 2011.
15. Cotta RMM *et al.* *Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação do profissional de saúde*. Artigo publicado pela Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2007.
16. Almeida M (Org.). *Diretrizes Curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. 2.ed. Atual.e ampl.-Londrina: Rede UNIDA, 2005 VIII, 91p.

17. Chor D. *Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea*. Vol. 15 - Nº 2. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, Abr/Jun, 2006.
18. Aristóteles. *Filosofia*. Trad. Valério Rohden e Udo Baldur Moosburger. 4 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores).
19. Maritain J. *Problemas Fundamentais da Filosofia Moral*. Rio de Janeiro: Editora Agir, 2007.
20. Srour RH. *Poder, Cultura e Ética nas Organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2008.
21. Sanches A. *Ética*. São Paulo: Atlas, 2008.
22. Herkenhoff JB. *Introdução ao estudo do direito*. São Paulo: Atlas, 2009, p. 71.
23. Sá AL. *Ética profissional*. São Paulo: Atlas, 2005.
24. Kfoury Neto M. *Responsabilidade Civil dos médicos*. 4ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.
25. Diniz MH. *O estado atual do Biodireito*. 4ª ed. Rev. e Atual, conforme a Lei nº 11.105/2005. São Paulo: Saraiva, 2007.
26. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 32.
27. Levisky DL e col. *Educação, criminalidade e violência: consequências da realidade brasileira*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2007, p. 22.
28. Perrenoud P. *Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências?* 2ª ed. Tradução Fátima Murad e Eunice Gruman. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 25.
29. Giovanella e Fleury S. *Universalidade da atenção à Saúde: acesso como categoria de análise*. IN Política de Saúde: O Público e o Privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 71.
30. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH*. Disponível em <<http://www.humaniza.com.br>>. Acesso em 29 de agosto de 2012.
31. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 2004.
32. Campos R. O. *Reflexões sobre o conceito de humanização*. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 29 de agosto de 2012.
33. Cohn A. *Os Governos Municipais e as Políticas Sociais*. IN Os Desafios da Gestão Municipal Democrática. S. Paulo: Cortez, 2008.

34. Stacciarini JMR; Esperidião E. *Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, dezembro de 2009.
35. Siqueira JE. *O ensino da ética no curso de medicina. Ethics teaching in medical courses Enseñanza de la ética en cursos médicos*. O mundo da saúde. São Paulo: 2009;33(1):8-20.
36. Dantas F, Souza EG. *Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática*. 508 32 (4):507-517; 2008.
37. Lima MA. *Os contornos da psiquiatria e seus desdobramentos éticos*. In: CREMESP. Ética e Psiquiatria. 2ª ed. São Paulo. 2002, p.27-38.
38. Silva MAA, Fontes, ALC. *Planejamento da Assistência de Enfermagem*. IN AYUOB, Andrea Cotait *et al*. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica. São Paulo: Lemar, 2000.
39. Corrêa KF, Gutierrez. *Ética, pesquisa e ensino em Psiquiatria*. CREMESP, 2003. P 37-52.
40. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2007, p. 37-52.
41. Alves LCA. *Ética e psiquiatria*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.
42. Moraes IM. *Autonomia pessoal e morte*. Revista Bioética 2010; 18 (2): 289 – 309.
43. Segre M, Silva FL, Schramm FR. *O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia*. Revista Bioética 1998;6(1): 15-23.
44. Bernard C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865, seção sobre vivissecção. Ed. Garnier-Flammarion, 1996:149-156.
45. Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals. Control Council Law 1949; 10(2): 181-182. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
46. Portes L. *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1964:159-168. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
47. Parsons T. *The Social System*, New York, Free Press, 1951:428-79. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
48. Código de deontologia médica do Québec (agosto de 1987), art. 28 e 29. Código de deontologia da profissão de enfermeira (Canadá, fevereiro de 1985), nos 1 e 2. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
49. Verspieren P. "Le consentement et la morale", *Le concours medical*, 107 (1985), 3537-39.

50. Humbert D. Aupays de labioéthique. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
51. Para uma visão humanista, nuançada, próxima da prática, Bernard Hoerni, L'autonomie en médecine. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
52. Segre M, Cohen C. *Bioética*. 3 ed. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
53. Voyer G. "Qu' est-ce que laper sonne âgée autonome?", *Ethica clinica*, 3 (1996), 4-9. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
54. Conferência de Martin Hérbert, no quadro do DESS em bioética, Montréal, 1990. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
55. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos de bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
56. Hastings Center, Guidelines on the Termination of-sustaining Treatment and the Care Dying, Indianapolis, India Universidad Press, 1997.
57. MacIntyre A. *Historia de la ética*. Barcelona: Paidós; 2006.
58. Ricou M, Salgado J, Alves C, Duarte I, Teixeira Z, Barrias J, Nunes R. *Álcool, gravidez e a promoção da saúde*. In: Nunes R, Ricou M, Nunes C, coordenadores. Dependências individuais e valores sociais. Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética. Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP); 2004. p.115. *Apud* Moraes, IM. Autonomia pessoal e morte. *Revista Bioética* 2010; 18 (2): 289 – 309.
59. Louis-Maire M. *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris, Armand Colin,1980, verbete "autonomia", p.31.
60. Allison E. Verbetes "Autonomia", *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. In: Canto-Sperber M. Ed brasileira, PUF. 2003:115-23.
61. Marchi MM, Sztajn R. *Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde*. *Revista Bioética* 1998;6(01):40-3.
62. Kant I. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin,1987, p.128 [Ed.port:fundamentação da metafísica dos costumes, Lisboa, Edições 70,1995].
63. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios da ética biomédica*. Loyola, 2002.
64. Pisson CE. *Exposição no quadro do DESS em bioética*, Montréal, 1997.
65. Hottois G. "Regard rétrospectif d'un philosophe", *Journal International de bioéthique*, 9/1-2 (1998),26. *Apud* Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

66. Ricœur P. *Les trois niveaux du jugement médical*. Esprit. 1996;28.
67. Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
68. Mello GD. *A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.
69. Miller BL. Autonomy. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics*. Rev. ed. Georgetown University Editor; 1995:215-20.
70. Almeida JLT. *Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica*. Ver Bras Educ Med 2000; 24(1):27-30.
71. Brasil. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. Acessado em: 10/07/2011.
72. Brasil. Constituição. *Constituição de 1988*. Brasília: Senado Federal; 1988.
73. No Québec, Code de déontologie médicale. Na França, Code de déontologie médicale, art.36. *Apud* 26. Durand G. *Introdução geral à Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
74. Junges JR. *Exigências éticas do consentimento informado*. Bioética 2007;15(1):78-9.
75. Brasil. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acessado em: 30/03/2011.
76. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Brasília: Nações Unidas no Brasil; 2000. Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf. Acessado em: 17/03/2011.
77. UNESCO. *Declaração universal sobre bioética e direitos Humanos*. Tradução Ana Tapajós, Mauro Machado do Prado, Volnei Garrafa. In: Goldin JR. *Bioética e ética na ciência*. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética, Hospital das Clínicas de Porto Alegre; 1997. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>. Acessado em: 17/03/2011.
78. Associação Médica Mundial. *Declaração de Genebra*. Adotada pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial Genebra-Suíça, Setembro de 1948 (última atualização, outubro 2006). Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>. Acessado em: 17/03/2011.
79. Callahan D. *Autonomy: a moral good, not a moral obsession*. Hastings Center Report (out 1984), 40-42. Disponível em: <http://www.jstor.org/pss/3561098>. Acessado em: 21/03/2011.
80. Faden RR, Beauchamp TL. *A History and of Informed Consent*. New York, Oxford University Press, 1986. Disponível em:

http://books.google.com.br/books?id=jgi7OWxDT9cC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acessado em: 21/03/2011.

81. Keyserkingk E, Somerville A. *Le consentement à l'acte medical*. Ottawa, Comissão de Reforma do Direito do Canadá, série "Protection de la vie, Document d'éthique", 1980, p 47. *Apud* Durand G. Introdução geral à Bioética. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
82. D'Ávila RL. *É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular?* Bioética. 2002; 10(1): 115-26.
83. Wanssa MCD. *Autonomia versus beneficência*. Rev. Bioética. 2011; 19(1): 105- 17.
84. Trindade ES, Azambuja Leo, Andrade JP, Garrafa V. *O médico frente ao diagnóstico e prognóstico de câncer avançado*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2007; 53(1): 65-74.
85. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. *Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético*. Rev. Dor. 2011; 12(3): 250-5.
86. Conselho Federal de Medicina. *Iniciação à Bioética*. 1. ed. Conselho Federal de Medicina: Brasília (DF); 1998.
87. Culver CM, Gert B. *Philosophy in medicine*. New York: Oxford Press, 1982.
88. Mendes JÁ, Lustosa MA, Andrade MCM. *Paciente terminal, família e equipe de saúde*. Rev. SBPH. 2009; 12(1): 151-73.
89. Silva FL. *Beneficência e Paternalismo*. Jornal da Medicina (CFM). 1997; 88: 8-9.
90. Souza ATO, França JRFS, Santos MFO, Costa SFG, Souto CMRM. *Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética*. Revista Cubana de Enfermeria. 2010; 26(3):117-29.
91. Silva FL. *Beneficência e Paternalismo*. Jornal da Medicina (CFM). 1997; 88: 8-9.
92. Silva HB. *Beneficência e paternalismo médico*. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(2): 419-25.
93. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
94. Konrad MS. *A defense of medical paternalism maximizing patient's autonomy*. Journal of medical ethics. 1983; (9): 38-44.
95. Beltrão SR. *O médico e o respeito às crenças religiosas*.
96. Azambuja LEO, Garrafa V. *Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados*. Rev. Assoc. Méd. Bras. 2010; 56(6):705-9.
97. Feinberg J. *Legal Paternalism*. Can J Philosop. 1971; 1:105-24.

98. Coulter A. *Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back*. BMJ. 1999; 319(7212): 719-20.
99. Goldim JR, Francisconi CF. *Modelos de relação médico-paciente*. 2000. [online] Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/modelos/htm Acessado em: 1 de novembro de 2011.
100. Almeida JLT, Schramm FR. *Paradigmatic transition, medical ethics metamorphosis and the rise of bioethics*. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(1): 15-25.
101. Ligiera WR. *Os princípios da bioética e os limites da atuação médica*. Revista Ibero-Americana de Direito Público. 2005; 20: 410-27.
102. Homero. *Ilíada*. Tradução de Mendes MO. São Paulo: Ed. Martin Claret; 2005.
103. Entralgo PL. *La Medicina Hipocrática*. Madrid: Alianza Universidad; 1987
104. Ribeiro Jr WA. *O juramento*. In: Textos hipocráticos, o doente, o médico e a doença. Cairus HF, Ribeiro Jr. WA. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 152-67.
105. Jouanna J. *Hippocrate*. Paris: Fayard; 1992
106. Brito AE. *La clínica y la medicina interna. Apuntes históricos y proyecciones*. Prociendedel Fórum de ciência y técnica. 2006. Disponível em: www.forumcyt.cu/UserFiles/forum/Textos/0601899.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2011.
107. Beier M, Iannotti GC. *O paternalismo e o juramento hipocrático*, Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(2):383-9.
108. Gillon R. *Paternalism and medical ethics*. British medical journal. 1985; 290: 1971-2.
109. Andrade EO, Andrade EM. *A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico*. Rev. Bras Clin. Med. 2010; 8(1): 46-52.
110. Souza MTM, Lemonica L. *Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida*. Rev. Bioética.
111. Milles SH. *Hippocrates and informed consent*. The Lancet. 2009; 374(9698): 1322-3; Veatch RM. *The hippocratic ethic is dead*. New physican. 1984; 48:41-2.
112. Meneses JAG. *Dilemas bioéticos na prática da anestesiologia*. Rev. Bras. Anesthesiol. 2001; 51(5): 426-30.
113. Floriani CA, Schramm FR. *Palliative care: interfaces, conflicts and necessities*. Cienc Saúde Colet. 2008;13(Suppl 2):2123-32.
114. Garrafa V. Albuquerque MC. *Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas Unidades de Terapia Intensiva pediátrica e humanização*. Actha Bioeth. 2001; 7(2): 355-67.

115. Kottow M. *Participación informada em clínica e investigación biomédica. Las Múltiplas facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Colômbia: Editora Red bioética; 2007.
116. Beste J. Instilling hope, and respecting patient autonomy: reconciling apparently conflicting duties. *Bioethics*. 2005; 19: 215-31.
117. Duque CG, Ramalho DMP, Casali-da-Rocha C. *Termo de consentimento e análise de material biológico armazenado*. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010;56(5): 563-7.
118. Furness PN, Nicholson ML. Obtaining explicit consent for the use of archival tissue samples: Practical issues. *J Med Ethics*. 2004;30:561-4.
119. Vermeulen E, Schmidt MK, Aaronson NK, Kuenen M, van Leeuwen FE. *Obtaining 'fresh' consent for genetic research with biological samples archived 10 years ago*. *Eur J Cancer*. 2009;45:1168-7.
120. Conselho Federal de Medicina. *Demografia Médica*. 1ª Ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina. 2011.
121. Soares AMM, Piñeiro WE. *Bioética e biodireito: uma introdução*. São Paulo: Loyola, 2002.
122. Fava-de-Moraes F, Fava M. *A iniciação científica: muitas vantagens e poucos riscos*. São Paulo em Perspectiva. 2000; 14(1): 73-7.
123. Hamamoto Filho PT, Venditti VC, Miguel L, Silva LA, Oliveira CC, Peraçoli JC. *Pesquisa em educação médica conduzida por estudantes: um ano de experiência do núcleo acadêmico de pesquisa em educação Médica*. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2011; 35(1): 108-13.
124. Oliveira NA, Alves LA, Luz MR. *Iniciação Científica na Graduação: o que diz o estudante de medicina?* *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):309-14.
125. Solomon SS, Tom SC, Pichert J, Wasserman D, Powers AC. *Impact of medical student research in the development of physician-scientists*. *J Investing Med*. 2003;51(3):149-56.
126. Reinders JJ, Kropmans TJB, Cohen-Schotanus J. *Extracurricular research experience of medical students and their scientific output after graduation*. *Med Educ*. 2005;39(2):237.
127. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/ CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
128. Fortes PAC. *Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas*. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2002; 48(2): 129-34.
129. Fortes PAC, Pereira PCA. *Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética*. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012; 58(3): 335-40.

130. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
131. Jeammet P, Reynaud M. *Manual de psicologia médica*. São Paulo: Masson; 1989.
132. Silva RF, Aquilante AG, Zem-Mascarenhas SH, Kishi RGB, Varga CRR. *Análise das situações simuladas da prática médica*. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36(1): 55-62.
133. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. *Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular*. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36(1), 5-13.
134. Taquette SR, Rergo S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. *Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2005; 51(1): 23-8.
135. Ferreira RC, Silva RF, Zanolli MB, Varga CRR. *Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina*. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 1533-40.
136. Almeida AM, Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Lordelo MR, Lemos KM, et al. *Conhecimento e interesse em ética médica e Bioética na graduação*. Rev. Bras. Educ. Med. 2008; 32(4): 437-44.
137. Schramm FR. *Contribuições da bioética e da comunicação à educação médica*. Rev Bras Educação Médica 2001; 25(2):15-23.
138. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, Valadão MMA. *O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências*. Rev. Assoc. Med. Brasil. 2000; 43(3): 224-31.
139. Sakai MH, Cordon Junior L. *Os egressos da medicina da Universidade Estadual de Londrina: Sua formação e prática médica*. Revista Espaço para a Saúde. 2004; 6(1): 34-47.
140. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. 1ª Ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina. 2010.
141. Ponte CIRV, Torres MAR, Machado CLB, Manfrói WC. *A extensão universitária na Famed/UFRGS: cenário de formação profissional*. Rev. bras. educ. méd. 2009; 33(4):527-34.
142. Martins ACP. *Ensino, pesquisa e extensão em medicina*. Acta. Cir. Bras. 2000; 15(2): 8-11.
143. Alves CMP, Corrêa FP, Soares JB, Miareli A, Scorsolini-Comin F, Serralha CA. *Formação em Psicologia: a experiência de estudantes de graduação na atuação em grupos com educadores*. Rev. SPAGESP. 2010; 11(1): 25-35.
144. Schnaider TB, Souza C. *Aspectos éticos da experimentação animal*. Rev. Bras. Anestesiol. 2003; 53(2): 278-85.
145. Rezende AH, Peluzio MCG, Sabarense CM. *Experimentação animal: ética e legislação brasileira*. Rev. Nutr. 2008; 21(2): 237-42.

146. Garrafa V. *Introdução à Bioética*. Revista do Hospital Universitário UFMA. 2005; 6(2): 9-13.
147. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
148. Trindade ES, Azambuja Leo, Andrade JP, Garrafa V. *O médico frente ao diagnóstico e prognóstico de câncer avançado*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2007; 53(1): 65-74.
149. Conselho Federal de Medicina. *Iniciação à Bioética*. 1 ed. Conselho Federal de Medicina: Brasília (DF); 1998.
150. Milles SH. *Hippocrates and informed consent*. The Lancet. 2009; 374(9698): 1322-3.
151. Veatch RM. *The hippocratic ethic is dead*. New physican. 1984; 48:41-2.
152. Penna MM, Duarte I, Cohen C, Oliveira RA. *Concepções sobre o princípio da não-maleficência e suas relações com a prudência*. Rev. Bioética. 2012; 20(1): 78-86.
153. Melo MB, Brant LC. *Ato médico: perda da autonomia, poder e resistência*. Psicol. Ciênc. Prof. 2005; 25(1): 14-29.
154. Wanssa MCD. *Autonomia versus beneficência*. Rev. Bioética. 2011; 19(1): 105-17.
155. Silveira LMC, Ribeiro VMB. *Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients*. Interface - Comunic., Saúde, Educ.2005;9(16): 91-104.
156. Pessini L. *Distanásia: Até quando investir se agredir?* Rev. Bioética. 4(1): 31-43.
157. Feio AGO, Oliveira CC. *Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia*. Rev. Bioética. 2011; 19(3): 615-30.
158. Leivas PGC. *Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos*. Rev. Bioética. 2006; 14(1): 9-15.
159. Silva JAC, Teixeira RKC, Monma CA, Neotti T. *Perfil bioético dos anteprojetos enviados ao comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Pará*. Rev. Bioética. 2011; 19(2): 563-575.
160. Pessalacia JDR, Oliveira VC, Guimarães EAA. *Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça*. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011; 1(2): 283-95.
161. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura, *et al*. *A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros*. Acta paul. enferm. 2005; 18(3): 307-12.
162. Pessini L. *Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira*. Rev. Bioética. 2004; 12(1): 39-60.

163. Fortes PAC. *A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2007; 53(3): 195-197.
164. Monteiro F. *Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialética da alta tecnologia em medicina intensiva*. Rev. Port. Pneumol. 2006; 12(3): 272-7.
165. Comissão de Bioética do CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Bioética e Medicina*. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006.
166. Jeammet P, Reynaud M. *Manual de psicologia médica*. São Paulo: Masson; 1989.
167. Moritz RC. *A equidade e a não maleficência no cuidado de pacientes críticos terminais*. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(4) :341-42.
168. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. 1ª Ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina. 2010.
169. Miranda VC, Fêde ABS, Lera AT, Ueda A, Antonangelo DV, Brunetti K, Riechelmann, R, del Giglio A. *Como consentir sem entender?* Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(3): 328-34.
170. Oliveira VL, Pimentel D, Vieira MJ. *O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica*. Rev. Bioética. 2010; 18(3): 705-24
171. Santos ML, Emmerich A. *O consentimento Livre e Esclarecido e a vulnerabilidade do sujeito da pesquisa*. Rev. Bioética. 2011; 19(2): 553-61.
172. Santos MFO, Souza EHA. *Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais*. Paraíba 1999-2009. Rev. Bioética. 2011; 19(3): 787-797.
173. Coelho LCD, Rodrigues RAP. *Conflitos éticos na revelação de informações – parte I*. Ciência, cuidado e saúde. 2006; 5(1): 33-41.
174. Coelho LND, Rodrigues RAP, Marçon SS, Lunardi VL. *Conflitos éticos na revelação de informações – parte II*. Ciência, cuidado e saúde. 2008; 7(1): 73-82.
175. Guariglia F, Bento SF, Hardy E. *Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento e opinião de pesquisadores e jovens*. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(1): 53-62.
176. Leone C. *Criança, o adolescente e a autonomia*. Bioética. 1998; 6(1): 51-4.
177. Pereira MGA, Azevedo ES. *A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2005; 51(3): 153-7.
178. Sucupira AC. *A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde*. Interface – Comunicações, saúde, educação. 207; 11(23): 624-7.
179. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. *Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho*. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(8):3373-82.

180. Batista JBV, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LGS. *Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas*. Psicol. estud. 2011; 16(3): 429-35.
181. Sobrinho CLN, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho ES. *Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho*. Rev. Bras. Educ. Méd. 2010; 34(1): 106-15.
182. Kipper DJ. *O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade*. Rev. Bioética. 1999; 7(1): 59-70.
183. Horta MP. *Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer*. Rev. Bioética. 1999; 7(1): 27-33.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO 1

1 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1) Idade: _____

2) Gênero: () Masc. () Fem.

3) Estado Civil:

() Solteiro

() Casado ou União Estável

() Divorciado ou separado de fato

() Viúvo

4) Maior titulação:

() Graduação

() Especialização (residência ou pós-graduação)

() Mestrado

() Doutorado (ou maior)

5) Tempo de graduação:

() 01 ano

() 01 a 05 anos

() 06 a 10 anos

() Maior que 10 anos

6) Local de trabalho (maior tempo):

() Hospital

() Centro de Saúde

() Autônomo

() Professor universitário

() Outro (especificar) : _____

QUESTIONÁRIO 2

2 – QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA

(Nesta parte, analisar o quanto e/ou de que forma a sua formação contribuiu nos aspectos abaixo)

7) Em sua opinião qual o aspecto de maior preponderância em sua formação na Universidade?

- ☐ Teórica
- ☐ Prática
- ☐ Moral e Ética

8) Quanto a sua orientação?

- ☐ Humanística
- ☐ Tecnista
- ☐ Independente

9) Na sua opinião, a sua formação profissional, durante a graduação, foi mais voltada para qual das seguintes áreas de responsabilidade?

- ☐ Acadêmica (ensino/docência)
- ☐ Profissional (assistência)
- ☐ Social

10) Quanto aos aspectos abaixo, relacionados ao seu estágio no Laboratório de Cirurgia Experimental, quais os que você considera mais positivo? Enumere por ordem de importância (1-6)

- ☐ Conteúdos Programáticos
- ☐ Disciplina
- ☐ Carga horária
- ☐ Informações científicas
- ☐ Relação com mestres e colegas
- ☐ Formação ética e bioética

QUESTIONÁRIO 3

3 - QUESTIONÁRIO SOBRE A SUA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

11) Na sua experiência, que fatores contribuem para que se ocultem algumas informações aos pacientes? **(pode marcar mais de uma alternativa).**

- ☐) O doente ser muito jovem
- ☐) Ser muito idoso
- ☐) A família do paciente pedir para o médico não fornecer as informações
- ☐) Os profissionais terem pouco tempo disponível
- ☐) Inabilidade dos profissionais para comunicar más notícias
- ☐) Medo de prejudicar o paciente
- ☐) Incerteza de se o paciente quer ou não saber
- ☐) Outro (especifique) _____

NAS QUESTÕES 12 A 23, MARCAR SOMENTE UMA ALTERNATIVA.

12) Como você lida com a busca por informações pelo paciente?

- ☐) Explica sempre todos os aspectos da doença (fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico)
- ☐) Apenas justifica os sintomas
- ☐) Orienta o paciente a buscar informações
- ☐) Responde diretamente e somente se perguntado
- ☐) Coleta dados com a família

13) Considerando os pacientes internados na seu serviço com doença grave crônica. Sobre a informação a fornecer, diria que:

- ☐) Somente o doente deve ser informado de tudo o que se passa
- ☐) Não se deve dizer nada ao doente sobre a doença. Somente à família.
- ☐) Deve-se dizer ao doente o básico e à família de forma completa
- ☐) Doente e família devem saber de tudo
- ☐) Somente a equipe de saúde deve saber totalmente.

14) Desde o início da doença, as decisões relativas aos **exames diagnósticos** são, em sua opinião, tomadas:

- ☐) Pelo paciente
- ☐) Pelo médico
- ☐) Pela família
- ☐) Pelo paciente junto com o médico
- ☐) Pelo paciente com a família
- ☐) Pelo paciente, médico e família em conjunto

15) Desde o início da doença, as decisões relativas aos **tratamentos médicos** são, em sua opinião, tomadas:

- ☐) Pelo paciente
- ☐) Pelo médico
- ☐) Pela família
- ☐) Pelo paciente junto com o médico
- ☐) Pelo paciente com a família
- ☐) Pelo paciente, médico e família em conjunto

16) Quando o doente fala com você sobre seus anseios e medos, obtém apoio psicológico que necessita?

- ☐) Sim, sempre ou quase sempre
- ☐) Uma vez sim, outras não
- ☐) A maioria das vezes
- ☐) Os doentes não falam sobre isso com médicos
- ☐) Encaminho o paciente a outro profissional

17) Quando presta cuidados a um doente explica-lhe sempre primeiro o que vai fazer?

- ☐) Sim, sempre ou quase sempre
- ☐) Uma vez sim, outras não
- ☐) A maioria das vezes não
- ☐) Depende de cada caso ou impressão diagnóstica

18) Como você lida com a situação de um paciente chegar com alguma doença já tendo parecer médico prévio e diferente do seu?

- ☐) Discute como um caso novo, independente do outro
- ☐) Respeita a decisão do outro e orienta o paciente a retornar com o mesmo
- ☐) Aceita o caso e mostra os erros do outro
- ☐) Faz críticas ao parecer

19) Quando se trata de uma situação de doença grave, quem, em sua opinião, **está melhor preparado** para informar o doente e sua família?

- ☐) Qualquer médico
- ☐) O médico responsável pelo doente
- ☐) Os médicos mais experientes.
- ☐) A equipe de saúde que responsável pelo paciente
- ☐) Outro (especifique)_____

20) Quando se trata de uma situação de doença grave, em sua opinião, a informação dada aos pacientes pela equipe de saúde é geralmente:

- ☐) Adequada, suficiente e esclarecedora
- ☐) Dizem-lhe mais do que o necessário
- ☐) Dizem-lhe menos do que o necessário.
- ☐) A informação prestada pela equipe é irrelevante neste caso

21) Você informa o diagnóstico de doença grave ao seu paciente ?

- ☐) Nunca
- ☐) Frequentemente
- ☐) Raramente
- ☐) Sempre

22) Se não informa ou informa com restrições, isso se deve a que:

- ☐) O paciente não precisa saber a gravidade do diagnóstico.
- ☐) O paciente deve ser preservado emocionalmente
- ☐) O paciente só confiará se puder acreditar que pode ter cura
- ☐) O paciente deve ser estimulado a sempre ter esperança de cura

23) Em sua opinião, em situação de doença grave, a família do doente:

- ☐) Contribui para manter o doente bem informado
- ☐) Contribui para que se ocultem algumas informações do doente
- ☐) Não interfere na informação a fornecer ao doente.
- ☐) Não contribui com o paciente

- 24) Como lida com reclamações do paciente?
- () Aceita de forma construtiva e tenta melhorar
 - () Regra geral os pacientes não tem motivo pra reclamar
 - () Os doentes não reclamam apesar de terem motivos pra isso

NESTA QUESTÃO, PODE MARCAR MAIS DE UMA SE NECESSÁRIO:

25) Em sua opinião quando se trata de uma situação de doença grave os profissionais de saúde tem tendência para ocultar ao doente:

- () Diagnóstico
- () Prognóstico
- () Efeitos colaterais do tratamento
- () Possíveis tratamentos alternativos
- () Limitações físicas após o tratamento
- () Não se ocultam informações ao doente
- () Outro (especifique) _____

26) Que importância atribui aos vários tipos de informação a transmitir ao doente com doença grave?

Classificar entre pouco (P), normal (N) ou muito importante(MI).

- () Sobre os sintomas
- () Sobre os exames e seus resultados
- () Sobre as hipóteses para o tratamento
- () Sobre os resultados dos tratamentos
- () Sobre a evolução da doença
- () Sobre as implicações da doença na sua vida e futuro

27) De acordo com o seu entendimento de **paternalismo (beneficência)**, numere as seguintes palavras de 01 (menor importância) a 05 (maior importância). Não repita valores.

Palavras / Notas	
Altruísmo	
Bondade	
Compaixão	
Humanismo	
Profissionalismo	

28) De acordo com o seu entendimento de **autonomia do paciente**, numere as seguintes palavras de 01 a 05 como na questão anterior.

Palavras / Notas	
Bondade	
Profissionalismo	
Responsabilidade	
Solidariedade	
Respeito	

QUESTIONÁRIO 4

4 - QUESTIONÁRIO SOBRE A VIVÊNCIA NO LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL

29) De 0 a 5, avalie o quanto o LCE contribuiu para o seu conhecimento dos princípios bioéticos? _____

30) Hoje você considera que o seu estágio no LCE foi:

- ☐ Excelente
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Insuficiente

31) De que forma? **(Pode marcar mais de uma)**

- ☐ Aulas teóricas
- ☐ Pesquisa na área (iniciação científica)
- ☐ Trabalho de campo (extensão)
- ☐ Cursos ou outros eventos.
- ☐ Formação ética
- ☐ Experiência Profissional
- ☐ Outros (especificar) _____

32) Qual o princípio bioético mais importante para você? Por quê?

- ☐ Autonomia
- ☐ Beneficência
- ☐ Justiça
- ☐ Não maleficência

33) Qual o mais relevante para o médico na sua opinião?

- ☐ Autonomia
- ☐ Beneficência
- ☐ Justiça
- ☐ Não maleficência

34) Em sua experiência profissional, qual o princípio bioético de maior aplicabilidade?

- ☐ Autonomia
- ☐ Beneficência
- ☐ Justiça
- ☐ Não maleficência

35) Você já participou de algum outro tipo de trabalho científico que aborde critérios bioéticos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

QUESTIONÁRIO 5**5 - QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTAL**

36- Você está disposto a ajudar as pessoas?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

37- Você sempre aceita as opiniões do paciente?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

38- Você acha que o poder de decisão é do médico?

- ☐) Nunca
- ☐) Raramente
- ☐) Às vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Sempre

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Autonomia X Paternalismo Médico: Perfil bioético dos egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará

FINALIDADE DA PESQUISA:

Este trabalho consiste na entrevista de graduados em medicina que durante o curso foram estagiários do Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) entre os anos de 1998 e 2009. Em todos os egressos será aplicado o mesmo questionário, após aceitação do mesmo por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o objetivo de obter informações sobre o conhecimento bioético dos egressos, suas experiências a respeito do tema, e saber a contribuição da universidade e do LCE para a formação bioética destes profissionais da área da saúde.

DESTINO DO MATERIAL (OU INFORMAÇÕES) DO SUJEITO PESQUISADO:

As informações serão obtidas por meio de entrevistas por email ou carta e serão utilizadas somente para a presente pesquisa, e serão analisadas em conjunto com as de outras profissionais, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. Nenhum material biológico será coletado. E as fichas de avaliação serão arquivadas com os pesquisadores e incineradas após 5 anos da pesquisa terminada.

RISCOS, PREVENÇÃO E BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA:

Esta pesquisa não trará desconforto físico aos egressos, mas poderá acarretar como risco, devido às informações requeridas na ficha padrão, no constrangimento dos profissionais pesquisados, que poderão optar por desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum tipo de retaliação. Os pesquisadores esclarecem que a identidade dos entrevistados será mantida em sigilo e que as informações relatadas no protocolo serão de uso exclusivamente científico. Em contrapartida, a presente pesquisa oferece como benefício aos egressos, a possibilidade de autoconhecimento e análise, bem como busca por maiores informações acerca da bioética na profissão médica, utilizando-se dos dados e informações resultantes deste estudo.

GARANTIAS E INDENIZAÇÕES:

É garantido aos egressos, total sigilo e privacidade de seus dados, assim como a liberdade de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelos procedimentos propostos pelo pesquisador, os participantes terão direito a tratamento médico, bem como as indenizações legalmente estabelecidas.

O profissional tem direito a se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa, para isto, a qualquer momento do estudo, o egresso, seus responsáveis e ou familiares terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

O principal investigador é o Dr. José Antônio Cordero da Silva CRM 3790-PA, que pode ser encontrado na av. Gov. José Malcher, nº1343, apto. 1300, Belém, Bairro Nazaré, fone (091) 3225205/8843-4216 e Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito CRM 4102, que pode ser encontrado na Clínica Unigastro à Trav. 9 de janeiro 456, fone 3246-3939 ou 9981-6321.

FINANCIAMENTOS

Este trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informações do que li e que me foram explicadas sobre o trabalho em questão. Discuti com o Dr. José Antônio Cordero da Silva sobre minha decisão em participar nesse estudo, ficando claros para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação não será paga, nem terei despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário, inclusive se optar por desistir de participar da pesquisa. Se houverem danos posso legalmente solicitar indenizações.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Belém, _____, de _____ de 2010.

Assinatura do egresso ou de seu representante legal

Assinatura de testemunha

Declaro que assisti a explicação do entrevistador a paciente, que compreendeu e retirou suas dúvidas, assim como eu, a tudo o que será realizado na pesquisa.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta paciente ou representante legal para participação no presente estudo.

Dr. José Antônio Cordero da Silva
(Pesquisador responsável)

CARTA AOS SUJEITOS DA PESQUISA



Aos médicos formados pela Universidade do Estado do Pará e ex-estagiários do Laboratório de Cirurgia Experimental/UEPA,

Dr(a):

O Laboratório de Cirurgia Experimental da UEPA está sendo tema da tese de Doutorado do professor José Antônio Cordero de Silva, responsável pela disciplina de Deontologia Médica e Direitos Humanos, junto a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Portugal e orientado pelo Prof. Dr. Marcus Vinícius Henriques Brito, coordenador do LCE/UEPA.

A pesquisa de título “**Autonomia versus Paternalismo Médico: Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da UEPA**” encontra-se em andamento e, neste momento, torna-se necessária a sua contribuição ao responder o questionário em anexo para análise do mesmo.

Esta é uma grande oportunidade para expandir as fronteiras do LCE e ainda colaborar para que o mesmo continue crescendo e formando melhores médicos e cidadãos.

Grato pela sua atenção, aguardo resposta.

Prof. Jose Antônio Cordero da Silva

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

ANEXOS

CASO CLÍNICO 1

(Nesta parte, há intenção de se analisar qual o princípio bioético que você, **como médico**, definiria como mais importante no momento de decidir a melhor conduta ao seu paciente frente a delicadas situações, como as demonstradas abaixo. Há espaços reservados para quaisquer comentários que você considerar pertinentes, sendo os mesmos OPCIONAIS.)

1. Um senhor de 58 anos de idade sofreu uma hemorragia extremamente grande e grave no lado esquerdo de seu cérebro e necessita de suporte de vida e intervenção cirúrgica para sobreviver. Anteriormente ele havia discutido com você e com a família dele que jamais gostaria de ser colocado num suporte de vida. Entretanto, a esposa quer que seja feito tudo possível pelo seu marido.

() Respeitaria a opinião do paciente e não colocaria em prática o suporte de vida.

() Não levaria em consideração a vontade do paciente e realizaria todas as condutas necessárias cabíveis.

Comentários:

CASO CLÍNICO 2

2. Você visita uma senhora de 80 anos que o chamou na casa dela. Até então, ela era saudável e independente. Há cinco semanas, a saúde dela vem se deteriorando: está acamada, perdeu peso e está levemente delirante. Você acha necessário que ela vá para um hospital para melhor investigação do caso. Ela recusa inflexivelmente.

() Aceitaria a decisão da paciente e tomaria apenas medidas paliativas na hora, para abrandar os sintomas da mesma.

() Não acataria sua decisão e entraria em contato com a família da paciente, para que estes direcionem a situação.

Comentários:

CASO CLÍNICO 3

3. Um paciente seu de 24 anos, casado, com três filhos, sem qualquer sintoma, fez alguns exames de sangue como parte de uma investigação de seguro. Os resultados mostraram que ele é um HIV positivo (é portador do vírus da AIDS) e o mesmo pede a você que não conte à mulher e à família.

() Anunciaria o resultado reservadamente ao paciente, mas deixaria o mesmo à vontade para decidir se expunha ou não à esposa.

() Anunciaria o resultado ao paciente e à esposa, indicando de imediato a necessidade desta realizar também exames de HIV, assim como tomar medidas preventivas cabíveis.

Comentários:

CASO CLÍNICO 4

4. O senhor Silva é um viúvo hospitalizado de 45 anos de idade. Exames mostram que ele tem um tumor maligno de pulmão que é inoperável. Ele provavelmente morrerá nos próximos seis meses. Ele apresenta uma história pregressa de depressão e atualmente está em uso de drogas antidepressivas. Os filhos adultos dele disseram a você que ele não lida bem com más notícias e pediram que, sob nenhuma circunstância, ele fosse informado desse diagnóstico. As enfermeiras acreditam que ele não somente é capaz de entender as implicações dos resultados dos exames, mas também acreditam que ele deve ser informado.

() Acataria as informações das enfermeiras e pessoalmente contaria ao paciente sobre sua situação de saúde.

() Levaria em conta o histórico de depressão, assim como a opinião da família e omitiria as informações de saúde ao paciente.

Comentários:

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FR - 317314

Projeto de Pesquisa Autonomia X Paternalismo Médico: Perfil Bioético dos egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.			
Área de Conhecimento 4.01 - Medicina,	Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico	
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Fase Não se Aplica	
Unitermos Perfil, Autonomia, paternalismo, medicina, bioética			
Sujeitos na Pesquisa			
Nº de Sujeitos no Centro 120	Total Brasil 120	Nº de Sujeitos Total 120	Grupos Especiais
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico SIM
		Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável			
Pesquisador Responsável Marcus Vinicius Henriques Brito		CPF 124.624.622-87	Identidade 273.302 MAer
Área de Especialização Medicina		Maior Titulação Doutor	Nacionalidade Brasileiro
Endereço Trav. Padre Eutiquio 2264 Apto 1101		Bairro Batista Campos	Cidade Belém - PA
Código Postal	Telefone 91-3246-3939 / 91-9981-6321	Fax 91-3242-6636	E-mail mnbrito@amazon.com.br
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.			
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: ____/____/____		Assinatura <i>Marcus V. H. Brito</i> Medico CRM 4102-9	
Instituição Onde Será Realizado			
Nome Universidade do Estado do Pará - UEPA		CNPJ 34.860.833/0001-44	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão CCBS Campus II		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO
Endereço Av. José Bonifácio, 1289		Bairro Guamá	Cidade Belém - PA
Código Postal 66113-200	Telefone (091) 3229-1131	Fax (091) 3249-4671	E-mail cepenf@uepa.br
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: <i>JOSE LUIZ ANDRADE COELHO</i>		Prof. Esp. <i>Jose Luiz Andrade Coelho</i> Coord. do Curso de Medicina - UEP/UEPA	
Data: <i>25.02.2010</i>		Assinatura	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 09/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.





**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
do CCBS - UEPA**

Protocolo: Nº 16/2010

Ilmo(a) Sr.(a)

Pesquisador: Marcus Vinicius Henriques Brito

Co-investigador :

Curso / Departamento / Disciplina: Medicina

Patrocinador: Recursos próprios (x) sem bolsa () com bolsa

Referência ao Projeto de Pesquisa:

“Autonomia X Paternalismo Médico: Perfil Bioético dos egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará”

Data de Entrada: 01/03/2010 // Data da Análise: 17/03/2010 // Data da Aprovação: 23/04/2010

Características do Projeto:

() Prevenção; () Diagnóstico; (x) Epidemiológico; () Terapêutico; () Não se aplica.

() Multicêntrico; () Internacional; () Grupos vulneráveis; () Relação de dependência.

Riscos adicionais ao paciente: Não se aplica

Objetivo(s): Determinar o perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da UEPA.

Resumo: O presente trabalho aponta que serão incluídos no estudo profissionais médicos formados, de ambos os sexos que tenham concluído estágio (01 ano) no Laboratório Experimental da UEPA durante o período acadêmico.

Detalhamento financeiro: Sem financiamento estrangeiro

Cronograma: 10 meses

Objetivo acadêmico:

() IC; () TCE; () TCC; () Mestrado; (x) Doutorado; () Pós-doutorado; () Outros

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do CCBS - UEPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução CNS 196-96. Portanto, manifesta-se pela sua **APROVAÇÃO**.

APROVADO - Liberado para o início da pesquisa.

Comunicar por escrito, toda e qualquer modificação no projeto.

Obrigatório entrega neste CEP, de **RELATÓRIO SEMESTRAL** em 01/06/2010 e de conclusão da pesquisa em 30/11/2010.

Todos os dados individuais da pesquisa devem ser mantidos em segurança por 5 anos, **Passível de auditoria**.

Belém, 24 de março de 2010.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Nara Macedo Botelho Brito
 Sub. Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
 Coordenador do CEP - CCBS - UEPA



DECLARAÇÃO

Professora Doutora Stela Barbas declara, para os devidos efeitos, que aceita orientar a tese de doutoramento de José Antonio Cordero da Silva subordinada ao tema – Autonomia versus Paternalismo Médico: Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará , no âmbito do Programa Doutoral em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

01/12/2009

A handwritten signature in dark ink, reading 'Stela Harcos de A. N. Barbas'.

Prof. Dra. Stela Barbas.
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**FMUP**

DECLARAÇÃO

Professor Marcus Vinicius Henriques Brito declara, para os devidos efeitos, que aceita co-orientar a tese de doutoramento de José Antonio Cordero da Silva subordinada ao tema – Autonomia versus Paternalismo Médico: Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará, no âmbito do Programa Doutoral em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

01/12/2009



Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito.
Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

Marcus V. H. Brito
Médico
CRM 4102-9